

ACTA DE REVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS Y DOCUMENTACIÓN**CONCURSO EVENTUAL DE PUESTO PARA EVENTUAL AUXILIAR DE FARMACIA**

En la Ciudad de ___Caviahue___ a los días ___20___ del mes de ___Octubre___ del año ___2025___ siendo las ___9:00___ hs., se reúnen en ___Centro de Salud Caviahue___, el Comité Evaluador para la anunciada selección del puesto en título de referencia.

Se hace presente el Comité Evaluador, compuesto por las siguientes personas:

En representación de la parte ejecutiva:

Mendez Andrea Viviana DNI:28.786.939 (AUX. FARMACIA)

González Mariana Johana DNI:38758126 (MÉDICA)

En representación de la parte gremial:

Molina Gabriela Andrea DNI:25.689.808 (ATE- TEC. FARMACIA)

Muñoz Fabio DNI:21.381.738 (ATE- LIC. ENFERMERIA)

Resultando la revisión en los siguientes resultados para cada postulante inscripto:

Apellido y Nombre	DNI (sin puntos)	Condición (Habilitada/o - Inhabilitada/o - Condicional) (*)	Observación: para quienes quedan condicional o Inhabilitada/o, se detalla motivo
Rivera Matías Nicolas	39.880.963	Habilitado	
Vidal Cecilia Beatriz	38.397.480	Habilitado	
Lagos Orchard Loana Andrea	41.608.613	Habilitado	
Venturi Cecilia	NO PRESENTA	INHABILITADO	FALTA ANEXO I Y II, DOMICILIO EN LA REGION DEL PEHUEN, COPIA DEL DNI, CERTIFICADO DE DEUDORES ALIMENTARIOS
Sánchez Valentina Daniela	NO PRESENTA	INHABILITADO	FALTA ANEXO I Y II, DOMICILIO EN LA REGION DEL PEHUEN, COPIA DEL DNI, CERTIFICADO DE DEUDORES ALIMENTARIOS, COPIA DEL TITULO SECUNDARIO


(*) Condición de postulantes:

- Habilitada/o: Presentó toda la documentación en tiempo y forma, está en condiciones de pasar a la siguiente instancia del concurso.
- Condicional: Falta uno (1) de los requerimientos (documentación excluyente). La documentación pendiente debe ser enviada al mismo mail de inscripción dentro de las 48 horas hábiles de realizada esta revisión, para cambiar su condición a habilitada/o para la siguiente instancia del proceso.
- Inhabilitada/o: incumple con los requisitos que validen esa instancia.

Firman de conformidad al pie, siendo las ___9:45___ horas del día ___20___ del mes de ___octubre___ del año ___2025___, y no habiendo más que tratar, se cierra el presente.

Firmas


Méndez Andrea
Auxiliar de Farmacia
Hospital Loncopué


Dra. Mariana GONZÁLEZ
MÉDICA
M.P. 8030


Molina Gabriela A.
Auxiliar de Farmacia
ATE


Muñoz Fabio
Secretaría Gremial
Seccional ATE Neuquén