

ACTA PROVISORIA DE REVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS Y DOCUMENTACIÓN**2° INSTANCIA APP Y EXTERNO****CONCURSO DE ASISTENTE DENTAL PARA HOSPITAL VILLA EL CHOCON – CENTRO DE SALUD LLEQUEN**

En la Ciudad de Villa El Chocón, a los 18 días del mes de noviembre del año 2025, siendo las 9:00 horas, se reúne en Hospital El Chocón el Comité Evaluador correspondiente al proceso de selección para el puesto indicado en el título de referencia. Dicho procedimiento ha sido autorizado mediante el DECRETO N° 796/25, en virtud del llamado a concurso dispuesto por la RESOLUCIÓN N° 2245/25.

Se encuentra presente el Comité Evaluador, integrado por las siguientes personas:

En representación de la parte ejecutiva:

Laura Pereyra – Directora Hospital El Chocón

Zaira Valdivia – Coordinadora RRHH Región Comarca

Mayra Acosta – Personal Hospital El Chocón

En representación de la parte gremial:

Montivero Stefanie

Martinez Cergio

Como resultado de la revisión, se obtienen los siguientes resultados para cada postulante inscripto:

Apellido y Nombre	DNI (sin puntos)	Pertenece al APP (*) SI / NO	Condición (Habilitada/o - Inhabilitada/o -Condicional) (**)	Observación: para quienes quedan condicional o Inhabilitada/o, se detalla motivo
VASALLO Salena	36840295	NO	Habilitada	
CARDENAS Leila	40613936	NO	Inhabilitada	No cumple con requisito de domicilio
VIDAL Cecilia	38397480	NO	Inhabilitada	No cumple con requisito de domicilio
VILLANUEVA Mayra	37936398	NO	Inhabilitada	No cumple con requisito de domicilio
LINARES Keyla	41751011	NO	Habilitada	

(*) Se detalla si la persona pertenece a la Administración Pública Provincial de Neuquén.

(**) Condición de postulantes:

- **Habilitada/o:** Presentó toda la documentación y está en condiciones de pasar a la siguiente instancia del concurso.
- **Condicional:** falta presentar una documentación excluyente o falta la firma en alguno de los formularios requeridos. El mismo debe ser subsanado dentro de las 48 hs hábiles de publicado el listado provisorio, enviando la documentación faltante al mail de inscripción, en caso de no presentarla quedará inhabilitada/o.
- **Inhabilitada/o:** incumple con los requisitos que validen esa instancia.

Firman de conformidad al pie, siendo las 12:47 horas del día 18 del mes de noviembre del año 2025, y no habiendo más que tratar, se cierra el presente.

Lic. Zaira V. Valdivia
Coordinadora de RRHH
REGION SANTARSA DE LA COMARCA

MARTINEZ
CERGIO
ATE

MONTIVERO STEFANIE
Delegada ATE
SALUD SENILLOSA

ACOSTA MAYRA
Administrativa
HOSPITAL EL CHOCON

