

ACTA PROVISORIA DE REVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS Y DOCUMENTACIÓN

1° INSTANCIA SPPS

CONCURSO DE CHOFER DE AMBULANCIA PARA CENTRO DE SALUD VARVARCO DEPENDIENTE DEL HOSPITAL ÁREA LAS OVEJAS

En la localidad de Las Ovejas, a los 04 días del mes de mayo del año 2026, siendo las 09:00 horas, se reúne en el Hospital Las Ovejas, el Comité Evaluador correspondiente al proceso de selección para el puesto indicado en el título de referencia. Dicho procedimiento ha sido autorizado mediante el DECTO-2023-2258-E-NEU-GPN, en virtud del llamado a concurso dispuesto por la RESOL-2026-767-E-NEU-MS

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

En representación de la parte ejecutiva:

Antonio Temí, Coordinador de Inmunizaciones Región Sanitaria Alto Neuquén.

Garrido Lisandro, Administrativo Hospital Las Ovejas

Lic. Vázquez Celso, Director Hospital Las Ovejas, en representación de Herrera Laurentino Chofer de Ambulancia del Centro de Salud Varvarco.

En representación de la parte gremial:

Fuentes Liliana, Secretaria General, seccional Andacollo, Gremio ATE

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

Apellido y Nombre	DNI (sin puntos)	Tipo de Servicio (10L - 40L) (*)	Condición (Habilitada/o - Inhabilitada/o - Condicional) (**)	Observación: para quienes quedan condicional o Inhabilitada/o, se detalla motivo
-	-	-	-	-

(*) Tipo de Servicio:

- **10L:** Trabajadora/or de Planta Permanente/Periodo de Prueba, del Sistema Público Provincial de Salud.
- **40L:** Trabajadora/or eventual, de acuerdo con el Artículo 29 del Convenio Colectivo de Trabajo (CCT), del Sistema Público Provincial de Salud.

(**) 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 09:10 horas del día 04 del mes de mayo del año 2026, y no habiendo más que tratar, se cierra el presente.

Firmas

[Handwritten signatures]

FUENTES LILIANA ELIZABET
SECRETARIA GENERAL
ATE ANDACOLLO



[Handwritten signature]
ENF. ANTONIO TEMI
COORDINADOR DE INMUNIZACIONES
REGION SANITARIA ALTO NEUQUEN

[Handwritten signature]
LIC. VAZQUEZ CELSO P.
DIRECTOR MP N° 667
HOSPITAL AREA LAS OVEJAS