

**ACTA DE REVISION Y ANALISIS DE ANTECEDENTES Y CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE LOS POSTULANTES PARA LA INSTANCIA INTERNO SPPS EVENTUAL COMITÉ EVALUADOR DE CONCURSO DE AGENTE SANITARIO PARA HOSPITAL SENILLOSA.**

En la Ciudad de SENILLOSA, a los 25 días de mes de enero del año 2024 siendo las 12:30 Hs., se reúnen en Hospital Senillosa, el Comité Evaluador para la selección **instancia: interno SPPS eventual** anunciada precedentemente, para dar cobertura al puesto Agente Sanitario. Habiendo sido autorizado por Decreto DECTO-2023-1395-E-NEU-GPN y DECTO-2023-1824-E-NEU-GP cuyo llamado a concurso fue autorizado por Resolución N° 2796-2023

Se hacen presentes las/los integrantes del Comité Evaluador:

HOSPITAL SENILLOSA: TEC. EMILIANO PAEZ

GREMIO ATE: MUÑOZ FERNANDO Y PARRA MARI

Se revisa la casilla de correo electrónico y revisando también el buzón spam, arroja el siguiente resultado:

Nombre y Apellido	DNI	Condición (Habilitada/o - Inhabilitada/o - Condicional)	Observación: en caso de quedar condicional o Inhabilitada/o, detallar motivo
YASMINA ACUÑA	35.571.897	HABILITADO/A	
EVELIN LEIVA	38.204.266	HABILITADO/A	
ANTONELLA CALAZZO	38.204.239	HABILITADO/A	
JAIME GUANCA	33.408.873	HABILITADO/A	
NAZARENA TOMAS	41.977.667	INHABILITADO	FALTA DOC: NOTA DE PERMANENCIA, CERTIF. LABORAL, ASISTENCIA. NO CUMPLE CON EL FORMATO REQUERIDO (PDF)

Condición de las/los postulantes:

**Habilitada/o:** Presentó toda la documentación y está en condiciones de pasar a la siguiente instancia del concurso.

**Habilitada/o Condicional:** cumple los requisitos de inscripción sin embargo falta presentar alguna documentación o falta la firma en alguno de los formularios requeridos. El mismo debe ser subsanado dentro de las 48 hs hábiles de realizada esta revisión y como condición para estar habilitado en la siguiente instancia del proceso.

**Inhabilitada/o:** incumple con los requisitos que validen esa instancia.

Firman de conformidad al pie siendo las 13:00 hs. del día 25 del mes de ENERO del año 2024, y no habiendo más que tratar, se cierra el presente.

Firmas

**Mari Parra**  
DELEGADA  
ATE Salud

Muñoz Fernando  
ATE Salud



*[Handwritten signature]*