



**ACTA DE REVISION Y ANALISIS DE ANTECEDENTES Y CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE LOS POSTULANTES PARA LA INSTANCIA INTERNO ABIERTO A LA APP COMITÉ EVALUADOR DE CONCURSO DE AUXILIAR DE MANTENIMIENTO PARA CENTRO DE SALUD HUINGANCO**

En la Ciudad de Andacollo, a los días 10 de mes de enero del año 2024 siendo las 9:15 Hs., se reúnen en el hospital de área Andacollo Dr. Antonio Gorgni, el Comité Evaluador para la selección instancia: interno abierto APP anunciada precedentemente, para dar cobertura al puesto auxiliar de mantenimiento. Habiendo sido autorizado por Decreto N° 1653/23, cuyo llamado a concurso fue autorizado por Resolución N° 2780/2023.

Se hacen presentes las/los integrantes del Comité Evaluador:

- David Sebastian Tapia (en representación del Centro de Salud Huinganco)
- Roberto Muñoz (en representación de zona sanitaria III)
- Verónica Iturra (en representación del gremio ATE)
- Ana Bravo (en representación del gremio ATE)
- Santiago Roverano (Director Hospital Andacollo)

Nombre y Apellido	DNI	Condición (Habilitada/o - Inhabilitada/o - Condicional)	Observación: en caso de quedar condicional o Inhabilitada/o, detallar motivo
Semper Yamil Alejandro	39128596	Habilitado	-
Muñoz Nicodemo	36257292	Inhabilitado	No trabaja en APP

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 9:50 hs. del día 10 del mes de enero del año 2024, y no habiendo más que tratar, se cierra el presente.

Firmas

*[Handwritten signature]*  
36410444  
29169258

*[Handwritten signature]*  
H. TORRES V. FERRICIA  
M. BRUNO  
ATE ANDACOLLO



*[Handwritten signature]*  
ROBERTO MUÑOZ

*[Handwritten signature]*  
TAPIA DAVID

Med. SANTIAGO ROVERANO  
DIRECTOR  
Hospital Área Andacollo