



SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A REGISTRO DE CONSULTORES DE LLAMADA

El Servicio de Salud Metropolitano Norte, llama a postular a profesionales funcionarios mediante la presentación de antecedentes para acceder a registro de Consultores de Llamada año 2025, conforme al artículo N°24 de Ley N° 19.664, en las siguientes especialidades y/o subespecialidades para ser desempeñadas indistintamente en los establecimientos dependientes de la Red del Servicio de Salud: Hospital San José, Hospital Roberto del Río, Instituto Nacional del Cáncer e Instituto Psiquiátrico:

Especialidad	Tipo de Intervención	Actividad/Servicio a Prestar	
CARDIOLOGÍA	PROCEDIMIENTO	CORONARIOGRAFÍA Y/O ANGIOPLASTÍA C/S STENT, INCLUYE COMPLICACIONES	
	PROCEDIMIENTO	IMPLANTE MARCAPASOS UNI O BICAMERAL	
	PROCEDIMIENTO	IMPLANTE DESFIBRILADOR UNI O BICAMERAL (DAI)	
	PROCEDIMIENTO	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO MAPEO Y/O ABLACIÓN	
	PROCEDIMIENTO	ECOCARDIOGRAFÍA TRANSTORÁCICA Y/O TRANSESOFÁGICA	
	PROCEDIMIENTO	INSTALACION BALON CONTRAPULSACION	
IMAGENOLOGÍA	PROCEDIMIENTO	BIOPSIA Y/O DRENAJE BAJO TAC/ECO	
	PROCEDIMIENTO	MARCACIONES	
	PROCEDIMIENTO	PUNCIÓN AGUJA FINA	
GASTROENTEROLOGÍA	PROCEDIMIENTO	ERCP	
	PROCEDIMIENTO	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA Y/O TERAPÉUTICA	
	QUIRÚRGICO	EMBOLECTOMIA Y/O TROMBECTOMIA UNILATERAL DE MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR	
CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA	QUIRÚRGICO	REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE VASOS ARTERIALES Y/O VENOSOS INTRAABDOMINALES INTRA TORACICOS C/S INJERTO	
	QUIRÚRGICO	REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE VASOS ARTERIALES Y/O VENOSOS PERIFÉRICOS C/S INJERTO	
	QUIRÚRGICO	ANEURISMA AORTICO ABDOMINAL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	
	QUIRÚRGICO	ANEURISMA PERIFÉRICO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	
	QUIRÚRGICO	PUNTE FEMORO POPLITEO, TIBIAL O DISTALES	
	QUIRÚRGICO	OTRAS DERIVACIONES FEMORO-FEMORAL, AXILO-FEMORAL, CAROTIDO SUBCLAVIO O SIMILARES	
	QUIRÚRGICO	FISTULA ARTERIOVENOSA CONFECCIÓN O REPARACIÓN QUIRÚRGICA	
	QUIRÚRGICO	REPARACION QUIRURGICA DE VASOS INTRAABDOMINALES O PERIFERICOS ENDOVASCULAR	
	QUIRÚRGICO	ANEURISMA AORTICO ABDOMINAL REPARACION ENDOVASCULAR (EVAR)	
	QUIRÚRGICO	DISECCION AORTICA TIPO B, REPARACION ENDOVASCULAR (TEVAR)	
	QUIRÚRGICO	TRAUMA AORTICO, REPARACIÓN ENDOVASCULAR (TEVAR, EVAR, ALII)	
	PROCEDIMIENTO	ANGIOPLASTIA DE EXTREMIDAD EN ISQUEMIA CRITICA CON RIESGO DE PERDIDA DE EXTREMIDAD	
	PROCEDIMIENTO	TROMBOLISIS EN CONTEXTO DE ISQUEMIA AGUDA CON RIESGO DE PERDIDA DE EXTREMIDAD	
	PROCEDIMIENTO	TROMBOEMBOLECTOMIA ENDOVASCULAR EN CONTEXTO DE ISQUEMIA AGUDA	
	PROCEDIMIENTO	ACCESO HEMODIALISIS COMPLEJO	
	PROCEDIMIENTO	FILTRO VENA CAVA	
	PROCEDIMIENTO	EMBOLIZACIONES DE VASOS INTRAABDOMINALES	
	PROCEDIMIENTO	EMBOLIZACIONES DE VASOS PERIFERICOS	
	CARDIO ANESTESIA	PROCEDIMIENTO	ANESTESIA A CIRUGIA CON CEC
		PROCEDIMIENTO	ANESTESIA A CIRUGIA SIN CEC/HIBRIDO
PROCEDIMIENTO		ANESTESIA CATETERISMO CARDIACO	
PROCEDIMIENTO		ANESTESIA CATETERISMO CARDIACO	
CARDIOCIRUGIA	CIRUGIA	CIRUGIA CARDIACA DE URGENCIA CON CEC	
	CIRUGIA	CIRUGIA CARDIACA DE URGENCIA SIN CEC	
	PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTOS MAYORES DE URGENCIA	
	PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTOS MENORES DE URGENCIA	
CIRUGIA PEDIÁTRICA	CIRUGIA	CIRUGIAS COMPLEJAS	
BRONCOPULMONAR	PROCEDIMIENTO	FIBROBRONCOSCOPIAS DE URGENCIA	
GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA	PROCEDIMIENTO	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA Y/O TERAPÉUTICA	
HEMATOONCOLOGO INFANTIL	PROCEDIMIENTO	MIELOGRAMA, BIOPSIA MO, INDICACIONES TIO	
OTORRINOLARINGOLOGÍA	PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTOS ORL DE URGENCIA	
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	CIRUGIA	TRAUMA DE COLUMNA	
CIRUGIA VASCULAR	CIRUGIA	CIRUGIA	
CIRUGIA DE TORAX	PROCEDIMIENTO	VIDEOTORACOSCOPIA	
NEFROLOGÍA	PROCEDIMIENTO	CATÉTER HEMODIÁLISIS AGUDA (TUNELIZADO O NO)	
HEMATOLOGÍA	CONSULTA	CONSULTA, INDICACIONES, TIO	
PSIQUIATRÍA INFANTO ADOLESCENTE	CONSULTA	CONSULTA, INDICACIONES, TIO	

ANTECEDENTES A PRESENTAR:

1. Completar y adjuntar formulario de solicitud de inscripción que se encontrará disponible en la página web del Servicio de Salud Metropolitano Norte, Banner de Gestión de las Personas.
2. Curriculum Vitae actualizado
3. Título Profesional de especialidad o subespecialidad el original o copias legalizadas
4. Los profesionales deberán demostrar experiencia mínima de 1 año en la atención de la especialidad o subespecialidad en las actividades específicas requeridas; debidamente acreditada mediante certificados institucionales formalizados con firma y timbre.
5. Acreditar la Especialidad o Subespecialidad requerida, según corresponda, mediante Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud.
6. En caso de ser médico extranjero debe tener su título revalidado de acuerdo con los mecanismos establecidos.
7. **Deseable:** Acreditar Capacitación y/o docencia relacionada con la especialidad y área de competencias solicitadas, mediante certificado de participación, asistencia y/o aprobación de dichas actividades.

RECEPCION DE ANTECEDENTES:

La presentación de antecedentes se debe realizar hasta el 29 de noviembre de 2024, desde las 9:00 a las 14:00 horas, de lunes a viernes, en Oficina de Partes de la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Norte, ubicada en Maruri N° 272, comuna de Independencia, pudiendo ser entregados personalmente o remitirlos por correo certificado, dentro del plazo establecido.

En caso de remitir los antecedentes por correo certificado, se deben dirigir de la siguiente manera:

A: POSTULACIÓN A CONSULTORES DE LLAMADA 2025
 DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE PERSONAS
 SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE
 MARURI N° 272
 COMUNA DE INDEPENDENCIA.

CONSULTAS Y MAYORES ANTECEDENTES:

Requisitos y demás antecedentes en Decreto Supremo de Salud N°753, publicado en el Diario Oficial del día 19.01.2001.

Cualquier consulta o aclaración sobre este proceso se deben dirigir al Subdepartamento de Gestión de Personas del Servicio de Salud Met. Norte, a través de los correos electrónicos: omar.retamal@redsalud.gob.cl y angelab.tapia@redsalud.gob.cl

DR. ANTONIO INFANTE BARROS
 DIRECTOR
 SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

