



## 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                            |                                     |
| CIRUGIA 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 QUIRURGICO   |                                     |
|                                 | QUIRÚRGICO           | ANEURISMA PERIFERICO TRATAMIENTO QUIRURGICO  |                                     |
|                                 | QUIRÚRGICO           | PUNTE FEMORO POPLITEO, TIBIAL O DISTALES   |                                     |
|                                 | QUIRÚRGICO           | OTRAS DERIVACIONES FEMORO-FEMORAL, AXILO-FEMORAL, CAROTIDO SUBCLAVIO O SIMILARES                   |                                     |
|                                 | QUIRÚRGICO           | FISTULA ARTERIOVENOSA CONFECCIÓN O REPARACIÓN QUIRURGICA   |                                     |
|                                 | 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](mailto:omar.retamal@redsalud.gob.cl) y [angelab.tapia@redsalud.gob.cl](mailto:angelab.tapia@redsalud.gob.cl)

DR. ANTONIO INFANTE BARROS  
 DIRECTOR  
 SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

