



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
GASTROENTEROLOGÍA	PROCEDIMIENTO	PUNCIÓN AGUJA FINA
	PROCEDIMIENTO	ERCP
	PROCEDIMIENTO	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA Y/O TERAPÉUTICA
CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA	QUIRÚRGICO	EMBOLECTOMIA Y/O TROMBECTOMIA UNILATERAL DE MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR
	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
PROCEDIMIENTO		ANESTESIA A CIRUGIA SIN CEC/HIBRIDO
PROCEDIMIENTO		ANESTESIA CATETERISMO CARDIACO
PROCEDIMIENTO		CIRUGIA CARDIACA DE URGENCIA CON CEC
CARDIOCIRUGIA	CIRUGIA	CIRUGIA CARDIACA DE URGENCIA SIN CEC
	PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTOS MAYORES DE URGENCIA
	PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTOS MENORES DE URGENCIA
	CIRUGIA	CIRUGIAS COMPLEJAS
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	CIRUGÍA	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

