



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
SUBDIRECCION DE LAS PERSONAS
DEPTO. CALIDAD DE VIDA LABORAL
UNIDAD DE BIENESTAR INTEGRAL
SPF/FIM/CEC/MDH/MDG/mdg
RES. N°03 13-02-2024

Bienestar

APRUEBA NORMATIVA BENEFICIOS SOCIALES
Y SUS MODALIDADES DE CONCESIÓN AÑO 2024

RESOLUCIÓN EXENTA N° 373

SAN FELIPE, 15 FEB 2024

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: La conveniencia de dictar una normativa que regule el otorgamiento de los Beneficios Sociales y fije los montos año 2024 para los/as funcionarios/as y sus cargas reconocidas, afiliados/as al Servicio de Bienestar, acuerdo sancionado en el Acta N°3 del 06/02/2024, respectivamente, del Consejo Administrativo del Servicio de Bienestar, Resolución Exenta N°65 de 10/01/2024 de la Superintendencia de Seguridad Social que aprueba el presupuesto para el Servicio de Bienestar año 2024, Res. Exenta N°275 del 31/01/2024 de la Dirección del Servicio Salud Aconcagua que desagrega el presupuesto del Servicio de Bienestar y, teniendo presente lo dispuesto en el D.S. N°28/94 que aprueba el Reglamento General de los Servicios de Bienestar fiscalizados por la Superintendencia de Seguridad Social, el D.S. N°177/96, modificado por D. S. N°37/2007 y D. Exento N°86/2017 que aprueba el Reglamento del Servicio de Bienestar del Servicio de Salud Aconcagua y D. Exento N°184/2020, lo dispuesto en la Resoluciones N°7/2019 y N°14/2022 de la Contraloría General de la República y en uso de las atribuciones que me confieren el D.F.L. N°1 de 2005, que contiene el texto refundido del D.L. N°2763/79 y Leyes N°18.469 y N°18.933, D.S. 140/10 Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud y D.S. N°10/2022 ambos del Ministerio de Salud, dicto lo siguiente:

RESOLUCIÓN

1. APRUÉBASE la Normativa que fija los montos de los beneficios sociales y sus modalidades de concesión que regulará la entrega de los Beneficios Sociales año 2024, a los funcionarios/as y sus cargas reconocidas, afiliados/as al Servicio de Bienestar del Servicio de Salud Aconcagua.

I. CONSIDERACIONES GENERALES

Según lo establecido en ORD. N° 202 del 13/02/2024, podrán ser afiliados/as al Servicio de Bienestar los/as funcionarios/as en servicio activo, planta o contrata (contratación anual que se renueve cada 31 de diciembre) y los/as jubilados/as del Servicio de Salud. **(Anexo N°1)**

Para solicitar su ingreso, el funcionario/a deberá enviar al Servicio de Bienestar el Formulario "Solicitud de Afiliación al Servicio de Bienestar". **(Anexo N°2)**

Cabe señalar que los/as afiliados/as activos/as serán responsables de gestionar en su establecimiento el trámite de reconocimiento de cargas. En el caso de los afiliados/as jubilados/as deberán gestionar en AFP, Instituto de Previsión Social o Compañía de Seguros el reconocimiento de éstas.

Asimismo, los afiliados/as activos y pasivos deberán mantener vigentes sus cargas en FONASA o ISAPRE, según corresponda. Lo anterior permitirá el reembolso oportuno de los beneficios.

De acuerdo a lo dispuesto en el Reglamento General para los Servicios de Bienestar fiscalizados por la Superintendencia de Seguridad Social en su título III, Artículo 9°, párrafo 2 “La circunstancia de encontrarse el afiliado haciendo uso de feriado legal, de permiso con o sin goce de remuneraciones, de licencia médica, o cumpliendo una Comisión de Servicio, no lo exime de las obligaciones de cumplir sus compromisos con el Servicio de Bienestar”.

La desafiliación será voluntaria y deberá ser informada a través de “Formulario de Desafiliación al Servicio de Bienestar” (**Anexo N°3**). No obstante lo anterior, el Consejo Administrativo del Servicio de Bienestar determinará la expulsión de los/as afiliados/as jubilados/as que dejen de cumplir con su aporte en un periodo de cuatro (4) meses. La información les será comunicada mediante una carta firmada por el Presidente/a del Consejo al tercer mes de morosidad. De no regularizar los aportes en el plazo señalado en la carta, se desafiliará del Servicio de Bienestar.

Para reingresar, el/la ex afiliado/a deberá realizar una solicitud por escrito al Consejo Administrativo de Bienestar, quienes mediante acuerdo adoptado por los dos tercios de sus integrantes, podrá aceptar o denegar la afiliación cuando el solicitante hubiere sido expulsado del Servicio de Bienestar.

De ser aceptada la solicitud de reingreso, el afiliado/a deberá efectuar el pago de las deudas pendientes con este Servicio.

Cabe señalar que los funcionarios/as que se acogen a retiro y que solicitan su ingreso al Servicio de Bienestar como afiliados/as jubilados/as, una vez aceptada su solicitud, deberán pagar el primer aporte dentro de los 30 días siguientes de ser comunicada su aprobación, de lo contrario, su ingreso quedará anulado.

II. BENEFICIOS DE CARÁCTER MÉDICO

Para acceder al reembolso de beneficios médicos, el/la afiliado/a debe tener un (1) mes de afiliación al Servicio de Bienestar y estar con sus aportes vigentes a la fecha de la solicitud.

Por lo tanto, los documentos a reembolsar deben ser a partir del mismo mes en que se realiza este primer aporte, es decir, no son retroactivos.

1. Bonificación de acuerdo al siguiente detalle:

a) Referidas al nivel 1 FONASA, modalidad libre elección Ley N°18.469:	
◆ Consultas médicas FONASA e ISAPRE.	52% nivel 1 Fonasa
◆ Consultas particulares sin convenio con FONASA.	350% nivel 1 Fonasa
◆ Intervenciones Quirúrgicas, Exámenes, Tratamientos Médicos Especializados, Consultas y Tratamientos Especializados de Profesionales y Técnicos de colaboración médica y atención obstétrica.	85% nivel 1 Fonasa
◆ Hospitalización (día cama).	350% nivel 1 Fonasa
Cabe señalar que, si la prestación tiene código FONASA, se bonificará de acuerdo al valor establecido en el arancel de la modalidad de libre elección. Respecto de las prestaciones que no están consideradas en dicho arancel, el porcentaje de bonificación se aplicará sobre el valor real de la prestación.	
b) Referidas al valor de la prestación pagada por el afiliado:	
◆ Atención odontológica, Medicamentos y Aparatos Ortopédicos.	80% del copago
◆ Lentes ópticos adquiridos en óptica con o sin convenio.	100% del tope detallado

2. **Tope anual:** Según detalle por beneficio, vigente hasta 31-12-2024.
3. **Vigencia documentos para reembolso:** 6 meses contados desde la fecha de emisión del documento de pago, hasta la presentación en el Servicio de Bienestar.
4. **Reembolso de Beneficios:** El afiliado/a debe presentar solicitud según formato establecido en Oficina de Bienestar y/o Personal, con la documentación de respaldo correspondiente. Puede obtener el "Formulario de Solicitud de Beneficios" en papel en su establecimiento o a través de la página web del Servicio de Salud Aconcagua, ingresando como funcionarios/as y seleccionar formato en Banner Bienestar. **(Anexo N°4)**

Dicho formulario debe ser completado de manera legible con los siguientes datos:

- a) Identificación del funcionario/a (Nombre completo, RUT, teléfono de contacto y correo electrónico)
 - b) Identificación del establecimiento de procedencia
 - c) Fecha de entrega de la Solicitud de beneficio
 - d) Sólo con firma del afiliado/a
5. **Presentación de Documentos:** Se aceptan solo documentos originales por instrucciones de la Contraloría General de la República, con excepción de las recetas médicas permanentes o retenidas, las cuales podrán ser presentadas en fotocopia del documento original (no se aceptan fotografías ni escáner). Todos los documentos deben ser legibles, sin enmendaduras, fechados, con los datos del profesional y/o entidad emisora, y con la identificación de la persona que se atiende.

No se reembolsarán recetas médicas, tratamientos, procedimientos médicos, exámenes, intervenciones quirúrgicas, entre otros, prescritos por médicos en el extranjero.

Se reembolsarán prescripciones nacionales compradas en el extranjero, esto aplica a medicamentos y lentes.

6. **Prestaciones canceladas con excedentes:** Los afiliados/as al Servicio de Bienestar, podrán solicitar el reembolso de aquellas prestaciones pagadas con excedentes de cotización del propio afiliado/a.
7. **Afiliados/as de ISAPRE y/o con Seguro Complementario de Salud:** Deberán presentar previamente su documentación en la ISAPRE respectiva y/o Compañía de Seguros. La liquidación de reembolso emitida por dichas instituciones debe ser original, y contener detalle de las prestaciones reembolsadas, de no detallarlo, se exigirá la boleta de la prestación que si lo contenga.

En caso de Intervención quirúrgica debe agregar la documentación de las prestaciones bonificadas en fotocopia del documento original (no se aceptan fotografías ni escáner); de no incorporarla, se bonificarán solo las prestaciones que estén debidamente detalladas en liquidación original.

Para el caso de las prestaciones que no son bonificadas por ISAPRE y/o Compañía de Seguros, estas instituciones deberán indicarlo expresamente en el documento a presentar por el afiliado/a, exceptuando las atenciones dentales que no son bonificadas en ninguna ISAPRE.

8. **Recetas médicas:** Las recetas médicas deben incluir el nombre de la persona que se atiende, fecha, identificación del profesional que realiza la prescripción (nombre, RUT y firma), indicación de tratamiento y el periodo que requiere el/la paciente.

Tendrán una vigencia de **6 meses** a partir de la fecha de emisión y solo se aceptarán en formato original, excepto las recetas con prescripción de medicamentos permanentes que tendrán vigencia de **12 meses** a partir de la fecha de emisión, y se aceptarán en formato original y/o en fotocopia del documento original (no se aceptan fotografías ni escáner) con

cotejo de Trabajadora/Asistente Social de Bienestar, Oficina de Personal, Secretaría Unidad de Bienestar o Ministro de Fe del Establecimiento.

Las **recetas de los lentes** tendrán una vigencia de **12 meses** a partir de fecha de emisión.

En el caso de **Receta Retenida**, el/la afiliado/a debe presentar una copia (no se aceptan fotografías ni escáner) de la receta con timbre de la farmacia respectiva que indique "Receta Retenida" o de Químico/a Farmacéutico que acredite lo anterior.

En el caso de **Receta Cheque**, el/la afiliado/a debe presentar una copia (no se aceptan fotografías ni escáner) de la receta, con todos los datos legibles.

Se aceptará fotocopia (no fotografías ni escáner) de receta original retenida por farmacia para el cobro de **seguros personales, por Convenios o tratamientos permanentes** en un periodo de tiempo. **La fotocopia deberá indicar que la receta fue retenida por cualquiera de las razones antes mencionadas, con la firma de personal responsable de la farmacia.**

Se aceptará la prescripción de medicamentos registrados en la **hoja de atención de urgencia**, emitidas por las Unidades de Emergencia de establecimientos de salud, aun cuando no exista el registro del profesional que realiza la prescripción, de acuerdo a los requisitos establecidos en el primer párrafo de este punto, toda vez que se entenderá que cuenta con el respaldo institucional.

- 9. Tratamiento médico especializado, consulta y tratamiento especializado profesionales y técnicos de colaboración médica:** Las y los afiliados deberán presentar para su reembolso el documento de pago (bono, boleta o factura) original y la orden médica original o fotocopia de éste (no fotografías ni escáner) con cotejo de Trabajadora/Asistente Social de Bienestar, Oficina de Personal, Secretaría Unidad de Bienestar o Ministro de Fe del Establecimiento, que deriva a dichas prestaciones, la cual debe contener diagnóstico, prescripción y tratamiento. Esta derivación tendrá una vigencia de **12 meses** a contar de su fecha de emisión.

Por otra parte, tratándose de **pacientes con la condición Trastorno del Espectro Autista (TEA)**, el médico tratante especialista (neurólogo o psiquiatra) certificará el plan de tratamiento indicando consultas con los profesionales de colaboración médica que se requiera en las especialidades de psicología, fonoaudiología, psicopedagogía, terapia ocupacional u otro que indique. **También se aceptará la identificación de "Rasgos TEA" emitidos por Pediatras.**

Este certificado sirve de documento de respaldo para reembolsar las atenciones con los especialistas indicados, sin necesidad que haya una derivación para cada consulta. Al tratarse de una condición, la validez del certificado será indefinida.

- 10. Atenciones de podología:** Serán reembolsadas las atenciones de los afiliados/as que requieran la prestación como parte del tratamiento de una patología, acreditado con un certificado médico. El certificado tendrá vigencia de **1 año** a partir de la fecha de emisión, el cual debe ser presentado en fotocopia del documento original con cotejo de Trabajadora/Asistente Social de Bienestar, Oficina de Personal, Secretaría Unidad de Bienestar o Ministro de Fe del Establecimiento, cada vez que solicite el reembolso por este concepto.

En caso de los/as **pacientes diabéticos**, la validez del certificado será indefinida, toda vez que, al tratarse de una enfermedad crónica, no variará esta condición.

11. Detalle de Montos de Beneficios Médicos:

BENEFICIO	TOPE ANUAL	DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO PARA SOLICITUD DE REEMBOLSO
CONSULTAS MÉDICAS	\$180.000.-	<p>a) Bonos de Atención FONASA e ISAPRE, Klap y Sencillo: Deben ser originales, contener todos los datos de quien se atiende y del prestador, vigencia 6 meses. En el caso de los bonos adquiridos en Sencillo, deben obtener su copia de bono en el módulo autoservicio de su sucursal FONASA, ya que éste solo entrega un voucher con el monto sin el registro del nombre del afiliado ni prestador.</p> <p>b) Boletas de Honorarios y Facturas: Deben ser originales, contener todos los datos de quien se atiende y del prestador, además el detalle de la prestación.</p> <p>Para el caso de las prestaciones que no son bonificadas por ISAPRE y/o Compañía de Seguros, estas instituciones deberán indicarlo expresamente en el documento a presentar por el afiliado/a.</p>
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	\$125.000.-	<p>Este ítem de reembolso incluye anestesista, arsenalera, derecho a pabellón, Programas PAD.</p> <p>a) Bono FONASA y Programa: Deben ser originales, contener todos los datos de quien se atiende y del prestador, vigencia 6 meses, además debe incluir el detalle de todas las prestaciones entregadas por la institución hospitalaria.</p> <p>b) Boleta de Honorarios, Boletas de Venta y Servicios o Facturas: Deben ser originales, contener todos los datos de quien se atiende y del prestador, vigencia 6 meses. Además debe incluir el detalle de todas las prestaciones realizadas.</p> <p>c) ISAPRE y Seguros Complementarios de Salud: Debe presentar documento de Liquidación de Reembolso de ISAPRE y/o Compañía de Seguros en original con vigencia de 6 meses. Debe agregar la documentación de las prestaciones bonificadas, en fotocopia del documento original, en caso de no incorporarla se bonificará solo las prestaciones que estén debidamente detalladas en liquidación original.</p> <p>Para el caso de las prestaciones que no son bonificadas por ISAPRE y/o Compañía de Seguros, estas instituciones deberán indicarlo expresamente en el documento a presentar por el afiliado/a.</p>

<p>HOSPITALIZACIÓN</p>	<p>\$109.000.-</p>	<p>Se consideran solo los días cama.</p> <p>a) Bono FONASA y Programa: Deben ser originales, contener todos los datos de quien se atiende y del prestador, vigencia 6 meses. Además debe incluir el detalle de todas las prestaciones entregadas por la institución hospitalaria.</p> <p>b) ISAPRE y Seguros Complementarios de Salud: Debe presentar documento de Liquidación de Reembolso de ISAPRE y/o Compañía de Seguros en original, vigencia 6 meses. Debe adjuntar la documentación de las prestaciones bonificadas, en fotocopia del documento original, en caso de no incorporarla se bonificará solo las prestaciones que estén debidamente detalladas en liquidación original.</p> <p>Para el caso de las prestaciones que no son bonificadas por ISAPRE y/o Compañía de Seguros, estas instituciones deberán indicarlo expresamente en el documento a presentar por el afiliado/a.</p>
<p>EXÁMENES</p>	<p>\$174.000.-</p>	<p>a) Bonos de Atención, Boletas de Honorarios, Boletas de Venta y Servicios o Facturas: Deben ser originales, contener todos los datos de quien se atiende y del prestador, vigencia 6 meses. Además debe incluir el detalle de todas las prestaciones entregadas.</p> <p>Para el caso de las prestaciones que no son bonificadas por ISAPRE y/o Compañía de Seguros, estas instituciones deberán indicarlo expresamente en el documento a presentar por el afiliado/a.</p>
<p>ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<p>\$160.000.-</p>	<p>a) Bono de Atención FONASA (PAD) o Bono ISAPRE: Deben ser originales, contener todos los datos de quien se atiende y del prestador, vigencia 6 meses. Además debe incluir el detalle de todas las prestaciones realizadas.</p> <p>b) Boletas de Honorarios, Boletas de Venta y Servicios o Facturas: Deben ser originales, contener todos los datos de quien se atiende y del prestador, vigencia 6 meses. Debe incluir el detalle de todas las prestaciones valorizadas individualmente, de no especificar el detalle de las prestaciones, debe adjuntar presupuesto.</p> <p>c) En caso de compra de insumos de Ortodoncia: Deberá adjuntar a la Boleta de compra, la orden del Odontólogo con nombre del paciente, nombre, RUT y firma del Profesional, fecha de emisión y el detalle.</p> <p>d) En caso de las boletas emitidas por Laboratorista dental: Deben venir acompañadas de orden del Odontólogo tratante con nombre del paciente, nombre, RUT y firma del Profesional, fecha de emisión y el detalle.</p> <p>e) Afiliados/as ISAPRE: Debe presentar documento de pago original dado que estas prestaciones no son bonificadas por ninguna ISAPRE.</p>

<p>MEDICAMENTOS (CURATIVOS)</p>	<p>\$212.000.-</p>	<p>Sólo se reembolsarán medicamentos de carácter curativo, que estén debidamente registrados en el Instituto de Salud Pública (ISP), se exceptúan:</p> <p>a) Dermocosméticos y anticonceptivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recetas dermatológicas deben ser emitidas por un dermatólogo/a, y en caso de niños/as y adolescentes, pueden ser emitidas por pediatras, debidamente fundamentada. - Para reembolso de productos dermatológicos que prescriban ginecólogos/as y oftalmólogos/as, se debe indicar en la receta diagnóstico (en los casos que no sea reservado) prescripción y tratamiento. - Los médicos/as generales y/o familiares, pueden recetar productos dermatológicos en una primera instancia, indicando el diagnóstico, prescripción y tratamiento. Lo anterior deberá ser indicado por la Trabajadora/Asistente Social de Bienestar mediante una nota en Solicitud de Beneficios. No obstante, para continuar con el tratamiento debe contarse con la indicación y diagnóstico de un especialista, dermatólogo o pediatra, según sea el caso. - Receta debe indicar diagnóstico médico, prescripción y tratamiento. - Solo se reembolsarán estos productos cuando sean parte de un tratamiento curativo, no preventivo. <p>b) Medicinas Complementarias/ Alternativas, Homeopatía, Naturopatía, Suplementos alimentarios, Colágenos y Vitaminas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recetas deben ser emitidas por un médico indicando diagnóstico, prescripción y tratamiento. - Solo se reembolsarán estos productos cuando sean parte de un tratamiento curativo, no preventivo. <p>Documentos para reembolso de Medicamentos:</p> <p>Boletas, facturas, voucher que contenga la frase "tarjeta de débito", "tarjeta de crédito" o "válido como boleta".</p> <p>Debe presentar el documento original, con el detalle de los medicamentos comprados, acompañados de la receta médica en original, o fotocopia del documento original según lo señalado en el punto 8) de la presente Normativa. Este documento debe tener fecha posterior o igual a la de la receta.</p> <p>En el caso de boletas manuales o voucher, estos deben cautelar incorporar el detalle de los medicamentos adquiridos, en el mismo documento o en otro adjunto, con timbre de la farmacia.</p>
-------------------------------------	--------------------	--

<p>TRATAMIENTO MÉDICO ESPECIALIZADO</p>	<p>\$116.000.-</p>	<p>En todos los casos se requiere la presentación de la orden médica que deriva a dicha prestación, la cual debe contener todos los datos de quien se atiende y del prestador e indicar diagnóstico, prescripción y tratamiento. Vigencia 12 meses.</p> <p>a) Bono de Atención FONASA o ISAPRE, Boleta de Honorarios, Boletas de Venta y Servicios o Facturas: Debe ser original, contener todos los datos de quien se atiende y del prestador, vigencia 6 meses, además debe incluir el detalle de todas las prestaciones realizadas.</p> <p>Para el caso de las prestaciones que no son bonificadas por ISAPRE y/o Compañía de Seguros, estas instituciones deberán indicarlo expresamente en el documento a presentar por el afiliado/a.</p>
<p>CONSULTA Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO PROFESIONALES Y TÉCNICOS DE COLABORACIÓN MÉDICA</p>	<p>\$126.000.-</p>	<p>En todos los casos se requiere la presentación de la orden médica que deriva a dicha prestación, la cual debe contener todos los datos de quien se atiende y del prestador e indicar diagnóstico, prescripción y tratamiento. Vigencia 12 meses.</p> <p>En casos que las prestaciones sean realizadas por un profesional médico (psiquiatra, dermatólogo, traumatólogo), se requiere la presentación de certificado que indique que el/la paciente está en tratamiento, el cual debe contener todos los datos de quien se atiende y del prestador e indicar diagnóstico, prescripción y tratamiento. Vigencia 12 meses.</p> <p>a) Bono de Atención FONASA o ISAPRE, Boleta de Honorarios, Boletas de Venta y Servicios o Facturas: Debe ser original, contener todos los datos de quien se atiende y del prestador, vigencia 6 meses, además debe incluir el detalle de todas las prestaciones realizadas.</p> <p>Para el caso de las prestaciones que no son bonificadas por ISAPRE y/o Compañía de Seguros, estas instituciones deberán indicarlo expresamente en el documento a presentar por el afiliado/a.</p>
<p>APARATOS ORTOPÉDICOS</p>	<p>\$78.000.-</p>	<p>Se bonificarán prótesis y ortesis, incluye vendas, fajas post operatorias, corset, valvas y procedimientos que utilizan yeso, medias de compresión, plantillas, entre otros.</p> <p>a) Boletas o Facturas: Deben ser originales y venir acompañadas de orden del médico, con nombre del paciente, nombre, RUT y firma del Profesional, fecha de emisión y el detalle de la prestación.</p> <p>b) Reembolso FONASA o ISAPRE: Debe presentar el documento que entregó FONASA o Liquidación de Reembolso de ISAPRE en original, según corresponda. Debe adjuntar fotocopia del documento original (no fotocopia ni escáner) de la indicación médica y de la boleta de adquisición de prótesis u ortesis con el detalle respectivo.</p>

		<p>Para el caso de las prestaciones que no son bonificadas por ISAPRE y/o Compañía de Seguros, estas instituciones deberán indicarlo expresamente en el documento a presentar por el afiliado/a.</p>
<p>ATENCIÓN OBSTÉTRICA</p>	<p>\$114.000.-</p>	<p>Este ítem está orientado solo a consultas médicas por control del embarazo, por lo que debe indicar esta condición en formulario de Solicitud de Beneficios.</p> <p>a) Bonos de Atención FONASA e ISAPRE, Klap y Sencillo: Deben ser originales, contener todos los datos de quien se atiende y del prestador, vigencia 6 meses. En el caso de los bonos adquiridos en Sencillo, deben obtener su copia de bono en el módulo autoservicio de su sucursal Fonasa, ya que Sencillo solo entrega un voucher con el monto sin el registro del nombre del afiliado ni prestador.</p> <p>b) Boletas de Honorarios y Facturas: Deben ser originales, contener todos los datos de quien se atiende y del prestador, además el detalle de la prestación.</p> <p>Para el caso de las prestaciones que no son bonificadas por ISAPRE y/o Compañía de Seguros, estas instituciones deberán indicarlo expresamente en el documento a presentar por el afiliado/a.</p>
<p>ADQUISICIÓN DE LENTES ÓPTICOS:</p>		<p>Se entregará beneficio para el afiliado/a y cargas reconocidas cada 12 meses, a contar de la fecha en que se percibió el beneficio por última vez.</p> <p>Se incluyen lentes simples, bifocales, multifocales, de contacto e intraoculares. Se bonificará de acuerdo con el tipo de lentes indicado en receta médica.</p> <p>Los lentes neutros no son bonificables, ya que carecen de finalidades terapéuticas correctivas.</p>
<p>Simples</p>	<p>\$64.000.-</p>	<p>Modalidades de adquisición:</p> <p>a) Convenio con ópticas asociadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se debe completar formulario "Solicitud de Lentes" (Anexo N°5).
<p>Bifocales</p>	<p>\$82.000.-</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adjuntar receta original y presupuesto de la óptica elegida por afiliado/a y/o carga reconocida. - Despachar a Bienestar Central documentación para la autorización correspondiente.
<p>Contacto, Multifocales, Intraoculares</p>	<p>\$116.000.-</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Esta documentación se devuelve al afiliado/a autorizada para que la presente en óptica de convenio y cancele diferencia no cubierta por Bienestar, si corresponde. - Óptica entregará lentes al afiliado/a y/o carga reconocida y cobrará a Bienestar la prestación; por tanto, la bonificación que realiza bienestar es inmediata. - Se bonificará el valor indicado en la boleta, de acuerdo con el monto asignado en la Normativa según tipo de lente que indica receta médica. Cuando el monto de la boleta sea menor al asignado en la Normativa, se bonificará el monto pagado.

		<p>b) Ópticas sin convenio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debe presentar indicación médica original y contener todos los datos del paciente, nombre, firma y timbre del médico. - Debe presentar boleta o factura original. - La boleta o factura debe contener todos los datos de quien se atiende. - Debe tener fecha de emisión no superior a 6 meses a la fecha de presentación para reembolso del beneficio. - Debe estar legible toda la información. - Debe contener el detalle de la compra especificando el tipo de lente adquirido. - Se bonificará como máximo el 100% del tope detallado según tipo de lente que indica receta médica. <p>c) Si adquirió sus lentes en ópticas sin convenio y reembolsó en FONASA o ISAPRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debe presentar el documento que le entregó FONASA o Liquidación de Reembolso de ISAPRE en original, según corresponda. - Debe presentar fotocopia del documento original (no fotografía ni escáner) de la indicación médica y de la boleta de adquisición de lentes con el detalle respectivo. <p>d) Bono de lentes intraoculares, por intervenciones quirúrgicas: Se bonificará el 100% del bono teniendo como máximo el tope asociado.</p> <p>Para el caso de las prestaciones que no son bonificadas por ISAPRE y/o Compañía de Seguros, estas instituciones deberán indicarlo expresamente en el documento a presentar por el afiliado/a.</p>
AUDÍFONOS	\$135.000.-	<p>a) Boleta y/o Factura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debe presentar indicación médica original, legible y contener todos los datos del paciente, nombre, firma y timbre del médico. - Debe presentar boleta o factura original con todos los datos de quien se atiende y el detalle de la compra. - Debe tener fecha de emisión no superior a 6 meses a la fecha de presentación para reembolso del beneficio. <p>b) Reembolso FONASA o ISAPRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debe presentar el documento que entregó FONASA o Liquidación de Reembolso de ISAPRE en original, según corresponda. - Debe presentar fotocopia del documento original (no fotografía ni escáner) de la indicación médica y de la boleta de adquisición de audífonos con el detalle respectivo. <p>Para el caso de las prestaciones que no son bonificadas por ISAPRE y/o Compañía de Seguros, estas instituciones deberán indicarlo expresamente en el documento a presentar por el afiliado/a.</p>
TRASLADOS	\$69.000.-	Se bonificarán traslados a establecimientos públicos o privados de salud por motivo de consulta médica.

		<p>La derivación debe ser realizada por médico, mediante una Interconsulta en formato institucional (red pública de salud) o certificado/orden de derivación en caso de atención en consulta particular. Vigencia 6 meses.</p> <p>Se bonificarán pasajes a Santiago, Valparaíso y Viña del Mar, según corresponda. Excepcionalmente se bonificarán peajes cuando el afiliado/a y/o carga reconocida por razones médicas no pueda trasladarse en bus, previa certificación médica de dicha condición. Vigencia 6 meses.</p> <p>Se bonificarán pasajes a acompañante del paciente en casos que éstos sean niños/as y adolescentes. Excepcionalmente se bonificarán pasajes a acompañante del paciente adulto, sólo en el caso de que la entidad prestadora del servicio lo indique. Vigencia 6 meses.</p> <p>En caso de continuidad del tratamiento, las y los afiliados pueden postular a Programa Ayuda Médica Complementaria para que su caso sea evaluado por la Comisión.</p> <p>Para el reembolso de Traslados usted requiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia simple de Solicitud de interconsulta o derivación según corresponda con los datos completos de quien se deriva. - Esta fotocopia debe enviarse cada vez que solicita reembolso. - El afiliado/a y/o carga debe solicitar un comprobante que acredite la atención correspondiente (nombre del paciente, fecha y hora de atención) - Los pasajes y los comprobantes de peajes que se presentan deben ser correspondientes con el día y hora señalada en el comprobante de atención.
--	--	---

III. SUBSIDIOS

Los subsidios otorgados por este Servicio de Bienestar corresponden a beneficios adicionales, siempre que las disponibilidades presupuestarias lo permitan, y son fijados por el Consejo Administrativo.

Para solicitarlos se requiere tener tres (3) meses mínimos de cotizaciones, anteriores a la fecha de solicitud del beneficio en el Servicio de Bienestar y presentar solicitud según formato establecido.

SUBSIDIO	MONTO	DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO
MATRIMONIO (por afiliado/a)	\$ 79.000.-	✓ Certificado de Matrimonio del Registro Civil. Vigencia Certificado: 6 meses a contar de la fecha que se produjo el evento.
UNIÓN CIVIL (por afiliado/a)	\$ 79.000.-	✓ Certificado de Acuerdo de Unión Civil. Vigencia Certificado: 6 meses a contar de la fecha que se produjo el evento.

<p>NACIMIENTO (por afiliado/a)</p>	<p>\$ 79.000.-</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Certificado Nacimiento del Registro Civil que indique nombre de la madre y el padre del niño/a. ✓ En el caso de adopción se debe presentar Certificado de Sentencia de Adopción. ✓ El afiliado/a que reconocerá como carga familiar al recién nacido/a deberá realizar el trámite en Oficina de Personal de su establecimiento y posteriormente enviar Solicitud de Beneficio. <p>Vigencia Certificado: 6 meses a contar de la fecha que se produjo el evento.</p>
<p>FALLECIMIENTO: Afiliado/a Carga Reconocida Mortinato</p>	<p>\$ 186.000.- \$ 89.000.- \$ 56.000.-</p>	<p><u>AFILIADO/A:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Certificado de defunción del Registro Civil. ✓ Libreta de Familia o Certificado de Registro Civil que indique parentesco. ✓ El beneficio se otorgará en el orden de procedencia: 1°. A la persona designada expresamente para tales efectos por el afiliado/a. 2°. Al cónyuge sobreviviente. 3°. Al que se encuentre ligado por un Acuerdo de Unión Civil. 4°. A los hijos/as. (En caso de varios hijos/as, designar a uno/a bajo poder simple). 5°. A los padres. 6°. A la persona que acredite haber efectuado los gastos del funeral. <p><u>CARGA RECONOCIDA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Certificado de defunción del Registro Civil. ✓ Libreta de Familia o Certificado de Registro Civil que indique parentesco. <p><u>MORTINATO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Certificado o Resolución de asignación prenatal desde el 5° mes. ✓ Certificado médico que indique fallecimiento. <p>Vigencia Certificado: 6 meses a contar de la fecha que se produjo el evento.</p>
<p>BÓVEDA (En caso de carecer del bien)</p>	<p>\$ 45.000.-</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Certificado Defunción. ✓ Factura o Boleta de adquisición de bóveda por el causante fallecido. ✓ Documento exento de IVA autorizado por SII. <p>Vigencia Certificado: 6 meses a contar de la fecha que se produjo el evento.</p>

<p style="text-align: center;">ASIGNACIÓN DE ESCOLARIDAD</p> <p>Pre-Kínder y Kínder Educación Básica y Especial</p> <p>Educación Media</p> <p>Educación Superior (Incluye Magíster y Doctorado)</p>	<p style="text-align: center;">\$37.000.-</p> <p style="text-align: center;">\$47.000.-</p> <p style="text-align: center;">\$81.000.-</p>	<p>Para estudiantes de Establecimientos Educativos reconocidos por el Estado. Para el cobro de esta asignación en cualquiera de sus tipos se requiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Certificado de Alumno/a Regular y/o Certificado de Matrícula que indique que se está cursando dicho nivel durante el año 2024. ✓ Se puede presentar documento original, fotocopia con el registro "copia fiel del original" por Trabajadora/Asistente Social de Bienestar, Oficina de Personal, Secretaría Unidad de Bienestar o Ministro de Fe del Establecimiento. <p>Para los Certificados en formato digital y que no cuentan con código de verificación, la Trabajadora/Asistente Social de Bienestar deberá solicitar vía correo electrónico al establecimiento educacional la validación del documento indicando en el Certificado "validado por correo electrónico" y adjuntar este correo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Certificación de Cargas reconocidas. <p>Fecha Solicitud de Beneficio: Enero a Julio de 2024.</p>
<p style="text-align: center;">BECAS DE ESTUDIO EDUCACIÓN SUPERIOR</p> <p>Becas Completas (Para afiliados/as y cargas)</p> <p>Becas Parciales (Para afiliados/as y cargas)</p> <p>Becas Online (Para afiliados/as)</p>	<p style="text-align: center;">\$480.000.-</p> <p style="text-align: center;">\$170.000.-</p> <p style="text-align: center;">\$170.000.-</p>	<p>A definir por el Consejo Administrativo según postulación anual.</p> <p>REQUISITOS PARA TODAS LAS BECAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cursar 2° año de Estudios. ✓ Certificado Original de Matrícula con identificación y curso. ✓ Evaluación Socioeconómica por Trabajadora/Asistente Social de Calidad de Vida Laboral y Bienestar de su establecimiento. ✓ Certificación de cargas reconocidas. ✓ Certificado promedio notas según detalle. <p>El promedio de notas requerido para postular al beneficio será el que se explicita en Normativa de Becas Educación Superior año 2024.</p>

<p style="text-align: center;">AYUDA MÉDICA COMPLEMENTARIA</p> <p>Tramo I: Enfermedades Catastróficas</p> <p>Tramo II: Enfermedades Recuperables de alto costo</p> <p>Tramo III: Enfermedades Recuperables costo moderado</p>	<p style="text-align: center;">Hasta I \$500.000.-</p> <p style="text-align: center;">Hasta II \$422.000.-</p> <p style="text-align: center;">Hasta III \$360.000.-</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario de Solicitud de Beneficios. ✓ Documentación para reembolso. ✓ Informe de Evaluación emitido por Trabajadora/Asistente Social de Calidad de Vida Laboral y Bienestar de su establecimiento. ✓ Certificado Médico en formato establecido.
<p style="text-align: center;">CATÁSTROFE</p>	<p style="text-align: center;">\$500.000.-</p>	<p>Daños a causa de catástrofes que afecten su casa habitación y/o bienes muebles que lo guarnecen (donde habite el/la afiliado/a).</p> <p>Según magnitud del daño y disponibilidad presupuestaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Informe Social emitido por Trabajadora/Asistente Social de Calidad de Vida Laboral y Bienestar. ✓ Informe de Bomberos o Carabineros. ✓ Otros antecedentes probatorios del siniestro.

IV. PRÉSTAMOS

Los Préstamos se conceden de acuerdo con lo estipulado en el Dictamen N°57424/2009 y N°27314/2010 ambos de la Contraloría General de la República, referidos al límite máximo de descuento voluntario del 15% sobre la remuneración mensual de las y los funcionarios afiliados.

Se otorgan de acuerdo con la Ley N° 18.010/81 que regula las operaciones de crédito de dinero y las instrucciones emanadas de la Superintendencia de Seguridad Social en las circulares N°1750/99,1770/99 y 2565/09. 17. El interés que se cobra es el interés promedio cobrado por los bancos según lo establecido en el artículo N°6 de la Ley N°18.010.

Serán otorgados por un plazo máximo de **8 meses**. Para solicitar un nuevo préstamo del mismo tipo será necesario haber cancelado íntegramente el anterior. Lo anterior estará sujeto a la disponibilidad presupuestaria de este Servicio de Bienestar.

Toda solicitud debe ser suscrita, además del afiliado/a activo o jubilado, por 2 codeudores solidarios en servicio activo, que deberán tener **a lo menos 3 meses de afiliación anteriores a la fecha de solicitud del beneficio y tener disponibilidad en el 15% de sus descuentos**, de tal manera que puedan solventar la deuda en caso del no pago de las cuotas por parte del titular. No pudiendo ser aval aquellos funcionarios/as afiliados/as con contratos de renovación permanente.

La solicitud debe incluir certificación de ingreso líquido del solicitante y los avales, por la Unidad de Personal o Recursos Humanos de los Establecimientos y en el caso de los afiliados/as jubilados, la certificación la realizará el Servicio de Bienestar. **(Anexo N°6)**

BENEFICIO	TOPE ANUAL	DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO
PRÉSTAMO MÉDICO (Máximo por afiliado/a)	\$260.000.-	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Necesidades urgentes que contribuyan a la recuperación de la Salud ✓ Solicitud de Préstamo según formato establecido. ✓ Fotocopia Programa Médico y/o requerimiento específico (Presupuesto Tratamientos Dentales, Medicamentos, Exámenes de alto costo, entre otros).
PRÉSTAMO AUXILIO (Máximo por afiliado/a)	\$225.000.-	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Necesidades urgentes de origen económico y social. ✓ Solicitud de Préstamo según formato establecido.
PRÉSTAMO HABITACIONAL (Máximo por afiliado/a)	\$245.000.-	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Para adquirir vivienda y para construir, ampliar o reparar vivienda propia. ✓ Solicitud de Préstamo según formato establecido. <p>PARA ADQUIRIR VIVIENDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fotocopia Libreta de ahorro para la vivienda. ✓ Aporte no podrá ser superior al 50% de la cantidad ahorrada por el afiliado/a o al monto máximo establecido en Normativa. <p>PARA REPARACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Documento Legal de propiedad de la vivienda del afiliado/a. ✓ Presupuesto de reparación.

V. SERVICIOS OTORGADOS

A fin de satisfacer las necesidades de los y las afiliadas mejorando el nivel de atención, se otorgan los servicios que a continuación se describen:

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN/VALOR	DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO
PROGRAMA FONASA	Venta directa de bonos de consulta, exámenes y tratamientos kinésicos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario Solicitud de Beneficios venta directa de bonos firmada por la/el afiliado. (Anexo N°7) ✓ RUT del prestador (médico y/o laboratorio) ✓ Orden original y código de los exámenes. ✓ Se requiere un (1) mes de cotización. ✓ Para el caso de profesionales no médicos, debe adjuntar la derivación. <p>NOTA: En caso de ser necesario, solo se cambiará bonos, por otros de</p>

		mismo código y valor, siempre que éstos hayan sido adquiridos en Bienestar Central.
BIBLIOTECA	Préstamo gratuito Multa por atraso diario \$500.-	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Según catálogo existente en S. Bienestar. ✓ Solicitud directa en S. de Bienestar o a través de Oficinas Bienestar Local.
RECINTO DE VERANEO PICHICUY	10 Cabañas Valor diario por afiliado/a Temporada alta \$26.000.- Temporada baja \$24.000.-	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Solicitud en Servicio de Bienestar y/u Oficinas de Bienestar Local. ✓ Pago directo en Caja o descuento por planilla.
<p>CONVENIOS VIGENTES</p> <p>Para acceder a los convenios con descuentos por planilla se considera Dictamen N°57424/2009 y N°27314/2010 ambos de la Contraloría General de la República, referidos al límite máximo de descuento voluntario del 15% sobre la remuneración mensual del funcionario afiliado.</p> <p>Para acceder a los convenios de colaboración se considera Ord. N°57677 del 12 de diciembre de 2017 que permite celebrar dichos convenios sin aplicar la ley 19886, dado que las y los afiliados se relacionen directamente con los proveedores.</p> <p>No podrán acceder aquellos afiliados con contratos cortos dado que no existe garantía de la continuidad de su contrato que asegure el recupero de estos valores.</p>	<p>ÓPTICAS: Pincetti, Vergara & Toro, Space.</p> <p>FARMACIA: Cruz Verde (Salinas, esquina Prat. San Felipe) Descuento en 1 cuota</p> <p>TIENDAS: Descuento en cuotas</p> <p>San Felipe: La Florida, Giralda, Don Domi.</p> <p>Los Andes: NAJUM</p> <p>LIBRERÍA: Librería Comercial</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Solicitar en Servicio de Bienestar autorización de beneficio con presupuesto de la óptica de preferencia. <p>En caso de Farmacia, Tiendas y Librería, se requiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Solicitud de Órdenes de Crédito en Servicio Bienestar, Oficinas de Bienestar Locales, Oficinas de Personal. Deben ser solicitados en establecimiento de procedencia. ✓ Presentar última colilla de sueldo para el cálculo de descuento voluntario.

<p>CONVENIOS DE COLABORACIÓN</p> <p>Pago directo en la empresa en convenio.</p>	<p><u>AIRE ACONDICIONADO:</u> Airelectric</p> <p><u>COMBUSTIBLE:</u> Servicentro PETROBRAS Los Andes y Putaendo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestión del afiliado/a directamente en Airelectric. ✓ Inscripción con Trabajadora/Asistente Social del establecimiento. ✓ Una vez autorizada la inscripción por la empresa, el afiliado/a debe presentar cédula de identidad al momento de realizar carga de combustible.
--	---	---

VI. APORTES A ORGANIZACIONES INTERNAS DE AFILIADOS/AS Y SUS CARGAS RECONOCIDAS

El Servicio de Bienestar propende al progreso social, cultural, educacional, deportivo y artístico, de los afiliados/as y sus familiares, utilizando al máximo los recursos disponibles.

ORGANIZACIÓN	DETALLE DE APORTE	DOCUMENTO DE RESPALDO
<p>JARDIN INFANTIL</p>	<p>Aporte anual para cubrir necesidades directas de los niños/as.</p> <p>El monto a otorgar a cada jardín infantil lo definirá el Consejo Administrativo en el primer semestre 2024.</p> <p>El aporte se realizará por carga familiar reconocida y matriculada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planilla asistencia mensual. ✓ Rendición de gastos de acuerdo con requerimientos del Consejo Administrativo.
<p>CLUB ESCOLAR</p>	<p>Aporte anual para cubrir necesidades directas de los niños/as.</p> <p>El monto a otorgar a cada club escolar lo definirá el Consejo Administrativo en el primer semestre 2024.</p> <p>El aporte se realizará por carga familiar reconocida y matriculada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planilla asistencia mensual. ✓ Rendición de gastos de acuerdo a requerimientos del Consejo Administrativo.
<p>COMITÉ NAVIDAD</p>	<p>Aporte por una sola vez para cubrir iniciativas relacionadas con Fiesta de Navidad.</p> <p>El monto a otorgar a cada Comité lo definirá el Consejo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Resolución Comité Local de Navidad. ✓ Rendición de gastos de acuerdo a requerimientos del Consejo Administrativo.

	<p>Administrativo en el primer semestre 2024.</p> <p>El aporte se realizará por afiliado/a inscrito en el Comité.</p>	
<p>OTRAS ORGANIZACIONES Y/O GRUPOS DE AFILIADOS/AS</p>	<p>A través de presentación de Proyectos Sociales que beneficien a la mayor cantidad de afiliados/as del establecimiento.</p> <p>Según presupuesto disponible.</p>	<p>✓ Presentación de Proyectos al Consejo Administrativo.</p> <p>✓ Rendición de gastos de acuerdo a requerimientos definido por el Consejo Administrativo.</p>

VII. REGALO DE NAVIDAD

Considerado como beneficio facultativo, se otorga al 100% de las y los afiliados. Se requiere tener **tres (3) meses de afiliación en el Servicio de Bienestar**, anteriores a la fecha de solicitud del beneficio, los aportes deben estar al día y **mantener contrato vigente al 31 de diciembre del año en curso.**

El monto anual del regalo de Navidad es fijado por el Consejo Administrativo, según disponibilidad presupuestaria.

2. DÉJASE establecido que la presente Normativa tiene vigencia desde el 1 ° enero 2024 hasta el 31 de diciembre del presente año.

3. IMPÚTESE el gasto de los beneficios establecidos precedentemente al Presupuesto de Gastos del Servicio de Bienestar año 2024.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



SUSAN PORRAS FERNANDEZ
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

DISTRIBUCIÓN

- INTEGRANTES CONSEJO ADMINISTRATIVO (12)
- TRABAJADORAS/ASISTENTES SOCIALES DE BIENESTAR
- SRS. DIRIGENTES GREMIALES

- JEFATURAS RECURSOS HUMANOS ESTABLECIMIENTOS
- JEFATURAS OFICINAS DE PERSONAL ESTABLECIMIENTOS
- ARCHIVO UNIDAD DE BIENESTAR INTEGRAL (3)
- ARCHIVO OFICINA DE PARTES



MINISTRO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
SUBDIRECCIÓN DE LAS PERSONAS
DEPTO. CALIDAD DE VIDA LABORAL
UNIDAD DE BIENESTAR INTEGRAL



SOLICITUD DE AFILIACIÓN AL SERVICIO DE BIENESTAR

1. SOLICITUD DE INGRESO

De acuerdo a lo estipulado en el DS. 28/94, Título III Art. N°8 solicito mi incorporación voluntaria al Servicio de Bienestar del Servicio de Salud Aconcagua.

Para los efectos de la afiliación, pagaré por una sola vez el 1% de mi remuneración imponible como cuota de incorporación y el 1,3% de aporte mensual, autorizando por este medio el descuento por planilla. El imponente pasivo pagara 1,0 % de afiliación y el aporte institucional.

Declaro, además, conocer y aceptar la reglamentación vigente del Servicio de Bienestar y su Normativa anual de beneficios sociales y modalidades de concesión.

NOMBRE COMPLETO: _____

CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

DOMICILIO: _____

ANEXO Y TELÉFONO PERSONAL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

ESTABLECIMIENTO: _____

CARGO: _____ **GRADO:** _____

2. USO INTERNO OFICINA DE PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO

CONDICIÓN CONTRACTUAL

PLANTA: ___ - CONTRATA: ___ FECHA DE CONTRATO SIRH: _____

Para los efectos de obtención de los beneficios extensivos a mi familia dejo constancia de las siguientes cargas autorizadas:

NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN O PARENTESCO
1.- _____	_____
2.- _____	_____
3.- _____	_____
4.- _____	_____
5.- _____	_____

FIRMA DEL/LA
SOLICITANTE

NOMBRE, FIRMA, TIMBRE
JEFE/A OFICINA PERSONAL

3. USO INTERNO UNIDAD DE BIENESTAR INTEGRAL DIRECCION SERVICIO SALUD

Con fecha _____ el Consejo Administrativo de Bienestar acepta el ingreso al Servicio de Bienestar del/la funcionaria/o _____

- VERIFICACIÓN DATOS EN SIRH: SI _____ NO _____
- PRIMER DESCUENTO REALIZADO: SI _____ FECHA: _____ / NO _____
- CUOTA DE INCORPORACIÓN: SI _____ FECHA: _____ / NO _____
- FECHA INGRESO DESCUENTO SIRH: _____

ENCARGADA AFILIACIÓN
UNIDAD SERVICIO DE BIENESTAR INTEGRAL
(Nombre y firma)

JEFA UNIDAD BIENESTAR INTEGRAL
SECRETARIA
CONSEJO ADMINISTRATIVO BIENESTAR
(Nombre y firma)

FECHA: _____



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
SUBDIRECCION DE LAS PERSONAS
UNIDAD DE BIENESTAR INTEGRAL

Estar bien
Bienestar

FORMULARIO DESAFILIACION SERVICIO DE BIENESTAR

1. ANTECEDENTES:

FECHA RECEPCION ESTABLECIMIENTO:

FECHA RECEPCION S. DE BIENESTAR:

ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA:

2. IDENTIFICACION DEL AFILIADO/A:

La información debe ser ingresada obligatoriamente y es de responsabilidad del afiliado completar íntegramente todos los antecedentes solicitados para agilizar el trámite.

_____	_____	_____
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE
_____	_____	_____
RUT	CARGO	GRADO

Solicita al Jefe del Servicio de Bienestar aceptar mi renuncia a la calidad de afiliado al Servicio de Bienestar a contar del _____ de _____ del _____, por las razones que a continuación expone:

FIRMA AFILIADO/A

3. USO INTERNO UNIDAD DE BIENESTAR INTEGRAL SERVICIO DE SALUD

3.1. Con fecha _____ el Consejo Administrativo de Bienestar, certifica que se aceptó desafiliación del/la funcionario/a o jubilado/a.

SECRETARIA
CONSEJO ADMINISTRATIVO BIENESTAR
JEFA SERVICIO DE BIENESTAR
(Nombre y firma)

3.2. Fecha desafiliación en SIRH _____

ENCARGADA AFILIACIÓN Y DESAFILIACIÓN
SERVICIO DE BIENESTAR
(Nombre y firma)

SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
 SUBDIRECCIÓN DE LAS PERSONAS
 DPTO. CALIDAD DE VIDA LABORAL
UNIDAD DE BIENESTAR INTEGRAL/

FECHA RECEPCIÓN: ESTABLECIMIENTO: _____

FECHA RECEPCIÓN S. DE BIENESTAR: _____

SOLICITUD DE BENEFICIOS

AFILIADO/A ISAPRE FONASA

I.- IDENTIFICACIÓN DEL/LA AFILIADO/A

La información debe ser ingresada obligatoriamente y es de responsabilidad del/la afiliado/a completar íntegramente todos los antecedentes solicitados.

 APELLIDO PATERNO

 APELLIDO MATERNO

 NOMBRE

 RUT

 TELEFONO

 CORREO ELECTRÓNICO

 FIRMA AFILIADO

II.- INFORME BIENESTAR

A.- Cumple con lo establecido en la Normativa de Beneficios Sociales y sus modalidades de Concesión Vigente. SI NO

OBSERVACIONES: _____ FECHA: _____

B.- COTIZACIONES 1 MES 3 MESES

 V°B° ADMINISTRATIVA INFORMANTE
 UNIDAD DE BIENESTAR INTEGRAL

 JEFA UNIDAD DE BIENESTAR INTEGRAL

SOLICITUD DE BENEFICIO DE LENTES

I.- a).- IDENTIFICACION DEL AFILIADO

La información debe ser ingresada obligatoriamente y es de responsabilidad del afiliado completar integralmente todos los antecedentes solicitados para agilizar el reembolso de sus beneficios.

_____	_____	_____
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE
_____	_____	_____
RUT	CARGO	GRADO SECCION

b). – TIPO DE BENEFICIO

	Afiliado	Carga	NOMBRE	RUT
LENTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Simples	<input type="checkbox"/>			
Bifocales	<input type="checkbox"/>			
Contacto, multifocales e intraoculares	<input type="checkbox"/>			

FIRMA AFILIADO

CERTIFICACION CARGAS

II.- INFORME BIENESTAR

a. CUMPLE CON LO ESTABLECIDO EN REGLAMENTO N°177
 DEL SERVICIO DE BIENESTAR DEL S. S. ACONCAGUA.

SI

NO

b. COTIZACIONES 1 MES

c. FECHA ÚLTIMA BONIFICACIÓN DE LENTES: _____

d. OPTICA DE CONVENIO AUTORIZADA: _____

e. VALOR: _____

FECHA: _____

MINISTERIO DE SALUD
 SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
 SUB.GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS
 DEPTO. CALIDAD DE VIDA LABORAL
 UNIDAD DE BIENESTAR INTEGRAL

ESTABLECIMIENTO:
 FECHA RECEPCION: ESTABLECIMIENTO
 FECHA BIENESTAR INTEGRAL.....

SOLICITUD DE PRESTAMO

(Regido por Art. 14 Titulo IV del Reglamento Interno Servicio de Bienestar)

I.- ANTECEDENTES DEL SOLICITANTE:

..... APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
..... RUT TELEFONO CORREO ELECTRONICO

Declaro conocer las disposiciones vigentes sobre el otorgamiento de los préstamos y autorizo al Servicio de Bienestar para que, de acuerdo al sistema reglamentario, descuenta de mi remuneración mensual, o de los codeudores solidarios que presento en los casos que procedan, las sumas necesarias para cubrir íntegramente el préstamo y sus intereses correspondientes.

Acepto que en caso que el monto solicitado exceda el límite máximo para descuentos voluntarios, optar por un monto inferior.

Firma del funcionario solicitante:

II.- ANTECEDENTES DE PRESTAMO SOLICITADO

Tipo de Préstamo	Monto Solicitado	N° cuotas de pago
<input type="checkbox"/> Préstamo Auxilio	\$
<input type="checkbox"/> Préstamo Médico	\$
<input type="checkbox"/> Préstamo Habitacional	\$

III.- ANTECEDENTES CODEUDORES (3 meses mínimo afiliación/sueldo líquido igual o superior)

Declaro conocer mis responsabilidades como codeudor solidario del préstamo.

Nombre codeudor N°1 Rut..... Firma:

Nombre codeudor N°2 Rut..... Firma:

IV.- ANTECEDENTES OFICINA DE RENTAS DEL ESTABLECIMIENTO

Renta líquida solicitante \$ del mes de de y su

Alcance líquido del mes es de \$

Renta líquida codeudor N°1: \$ del mes de de

Renta líquida codeudor N°2: \$ del mes de de

Nombre Jefe de Sección: Firma

V.- ANTECEDENTES DEL SERVICIO DE BIENESTAR

Situación actual de préstamo: P. Auxilio:

P. Médico:

P. Habitacional:

Firma Administrativo Bienestar.....

Autorizado Fecha:

Rechazado Fecha:

Observaciones:

Firma Jefa de Bienestar:

SOLICITUD DE BENEFICIO VENTA DIRECTA DE BONOS FONASA

I.- a) IDENTIFICACION DEL AFILIADO/A

La información debe ser ingresada obligatoriamente y es de responsabilidad del afiliado completar íntegramente todos los antecedentes solicitados para agilizar el reembolso de sus beneficios.

_____	_____	_____
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE
_____	_____	_____
RUT	CARGO	GRADO / SECCION

b) TIPO DE BENEFICIO

Atenciones Médicas

Afiliado Carga

NOMBRE

RUT

 FIRMA AFILIADO/A

 CERTIFICACION CARGAS

II.- INFORME DE PAGO

Consulta Médica	\$ _____
Examen Laboratorio	\$ _____
Examen Especializado	\$ _____
Trat. Médico Especializado	\$ _____
 MONTO TOTAL	 \$ _____

Trat. Espec. P. Paramédico	\$ _____
Examen Rayos X	\$ _____
Atención Obstétrica	\$ _____
Ayuda Méd. Complementaria	\$ _____

FIRMA RESPONSABLE CÁLCULO: _____



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
SUBDIRECCION DE LAS PERSONAS
DEPTO. CALIDAD DE VIDA LABORAL
UNIDAD DE BIENESTAR INTEGRAL
SPF/FLM/CEC/MJH/MDG/mdg
RES. N°03 13-02-2024

Bienestar

APRUEBA NORMATIVA BENEFICIOS SOCIALES
Y SUS MODALIDADES DE CONCESIÓN AÑO 2024

RESOLUCIÓN EXENTA N° 373

SAN FELIPE, **15 FEB 2024**
Con esta fecha la Directora ha resuelto lo siguiente:

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: La conveniencia de dictar una normativa que regule el otorgamiento de los Beneficios Sociales y fije los montos año 2024 para los/as funcionarios/as y sus cargas reconocidas, afiliados/as al Servicio de Bienestar, acuerdo sancionado en el Acta N°3 del 06/02/2024, respectivamente, del Consejo Administrativo del Servicio de Bienestar, Resolución Exenta N°65 de 10/01/2024 de la Superintendencia de Seguridad Social que aprueba el presupuesto para el Servicio de Bienestar año 2024, Res. Exenta N°275 del 31/01/2024 de la Dirección del Servicio Salud Aconcagua que desagrega el presupuesto del Servicio de Bienestar y, teniendo presente lo dispuesto en el D.S. N°28/94 que aprueba el Reglamento General de los Servicios de Bienestar fiscalizados por la Superintendencia de Seguridad Social, el D.S. N°177/96, modificado por D. S. N°37/2007 y D. Exento N°86/2017 que aprueba el Reglamento del Servicio de Bienestar del Servicio de Salud Aconcagua y D. Exento N°184/2020, lo dispuesto en la Resoluciones N°7/2019 y N°14/2022 de la Contraloría General de la República y en uso de las atribuciones que me confieren el D.F.L. N°1 de 2005, que contiene el texto refundido del D.L. N°2763/79 y Leyes N°18.469 y N°18.933, D.S. 140/10 Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud y D.S. N°10/2022 ambos del Ministerio de Salud, dicto lo siguiente:

RESOLUCIÓN

1. APRUÉBASE la Normativa que fija los montos de los beneficios sociales y sus modalidades de concesión que regulará la entrega de los Beneficios Sociales año 2024, a los funcionarios/as y sus cargas reconocidas, afiliados/as al Servicio de Bienestar del Servicio de Salud Aconcagua.

I. CONSIDERACIONES GENERALES

Según lo establecido en ORD. N° 202 del 13/02/2024, podrán ser afiliados/as al Servicio de Bienestar los/as funcionarios/as en servicio activo, planta o contrata (contratación anual que se renueve cada 31 de diciembre) y los/as jubilados/as del Servicio de Salud. **(Anexo N°1)**

Para solicitar su ingreso, el funcionario/a deberá enviar al Servicio de Bienestar el Formulario "Solicitud de Afiliación al Servicio de Bienestar". **(Anexo N°2)**

Cabe señalar que los/as afiliados/as activos/as serán responsables de gestionar en su establecimiento el trámite de reconocimiento de cargas. En el caso de los afiliados/as jubilados/as deberán gestionar en AFP, Instituto de Previsión Social o Compañía de Seguros el reconocimiento de éstas.

Asimismo, los afiliados/as activos y pasivos deberán mantener vigentes sus cargas en FONASA o ISAPRE, según corresponda. Lo anterior permitirá el reembolso oportuno de los beneficios.

	<p>Administrativo en el primer semestre 2024.</p> <p>El aporte se realizará por afiliado/a inscrito en el Comité.</p>	
<p>OTRAS ORGANIZACIONES Y/O GRUPOS DE AFILIADOS/AS</p>	<p>A través de presentación de Proyectos Sociales que beneficien a la mayor cantidad de afiliados/as del establecimiento.</p> <p>Según presupuesto disponible.</p>	<p>✓ Presentación de Proyectos al Consejo Administrativo.</p> <p>✓ Rendición de gastos de acuerdo a requerimientos definido por el Consejo Administrativo.</p>

VII. REGALO DE NAVIDAD

Considerado como beneficio facultativo, se otorga al 100% de las y los afiliados. Se requiere tener **tres (3) meses de afiliación en el Servicio de Bienestar**, anteriores a la fecha de solicitud del beneficio, los aportes deben estar al día **y mantener contrato vigente al 31 de diciembre del año en curso.**

El monto anual del regalo de Navidad es fijado por el Consejo Administrativo, según disponibilidad presupuestaria.

2. DÉJASE establecido que la presente Normativa tiene vigencia desde el 1° enero 2024 hasta el 31 de diciembre del presente año.

3. IMPÚTESE el gasto de los beneficios establecidos precedentemente al Presupuesto de Gastos del Servicio de Bienestar año 2024.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



SUSAN PORRAS FERNANDEZ
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Transcrito Fielmente del original que he tenido a la vista



LAUDIA VARAS CASTRO
MINISTRO DE FE

DISTRIBUCIÓN

- INTEGRANTES CONSEJO ADMINISTRATIVO (12)
- TRABAJADORAS/ASISTENTES SOCIALES DE BIENESTAR
- SRS. DIRIGENTES GREMIALES

- JEFATURAS RECURSOS HUMANOS ESTABLECIMIENTOS
- JEFATURAS OFICINAS DE PERSONAL ESTABLECIMIENTOS
- ARCHIVO UNIDAD DE BIENESTAR INTEGRAL (3)
- ARCHIVO OFICINA DE PARTES