

**RESOLUCION EXENTA N° \_\_\_\_\_ /**

**SAN FELIPE,**

**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 2016 para los funcionarios y sus cargas reconocidas, afiliados al Servicio de Bienestar, acuerdo sancionado en el Actas N°2, 3 y 4 del 21/01/16, 01/02/16 y 02/02/16, respectivamente, del Consejo Administrativo de Bienestar, Resolución Exenta N°274, de fecha 31/12/2015 de la Superintendencia de Seguridad Social que aprueba el presupuesto para el Servicio de Bienestar año 2016, Res. Exenta N°118 del 29/01/2016 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 que aprueba el Reglamento del Servicio de Bienestar del Servicio de Salud Aconcagua, lo dispuesto en la Resolución N°1600/2008 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. 139/2015 del Ministerio de Salud dicto la siguiente:

**RESOLUCION**

1. **APRUEBASE** la Normativa que fija los montos de los beneficios sociales y sus modalidades de concesión que regulará la entrega de los Beneficios Sociales año 2016, a los funcionarios y sus cargas reconocidas, afiliados al Servicio de Bienestar del Servicio de Salud Aconcagua:

**I.- BENEFICIOS DE CARACTER MEDICO**

1) **Tiempo de Afiliación:** 1 mes de afiliación al Servicio de Bienestar y con sus aportes vigentes a la fecha de solicitud del beneficio.

2) **Beneficiarios:** Afiliados y cargas legalmente reconocidas

3) **Bonificación de acuerdo al siguiente detalle:**

**a) Referidas al nivel 1 Fonasa, modalidad libre elección Ley N°18.469:**

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| ◆ Consultas médicas Fonasa e Isapre:  | <b>52% nivel 1 Fonasa</b>  |
| ◆ Consulta particulares sin convenio con Fonasa   | <b>350% nivel 1 Fonasa</b> |
| ◆ Intervenciones Quirúrgicas, Hospitalizaciones, Exámenes, Tratamientos Médicos Especializados, Consultas y Tratamientos Especializados de Profesionales y Técnicos de colaboración médica y atención obstétrica. | <b>85% nivel 1 Fonasa</b>  |

**b) Referidas al valor de la prestación pagada por el afiliado:**

- |  |                        |
|--|------------------------|
| ◆ Atención odontológica, medicamentos, aparatos ortopédicos. | <b>80% del copago</b>  |
| ◆ Lentes ópticos hasta los topes detallados                  | <b>100% del copago</b> |

- 4) **Tope Anual:** Según detalle por beneficio, vigente hasta **31-12-2016**.
- 5) **Vigencia beneficios:** 6 meses, contados desde la fecha de emisión del documento de pago hasta la presentación en el Servicio de Bienestar.
- 6) **Reembolso Beneficios:** El afiliado debe presentar solicitud según formato establecido y detalle requerido según beneficio en Oficina de Bienestar y/o Personal, con la documentación correspondiente.
- 7) **Presentación de Documentos:** En original legibles, sin enmendaduras, fechados y timbrados por el profesional y/o entidad emisora y firmados por el afiliado cuando corresponda, con la identificación del paciente que se atiende.  
Sólo se acepta fotocopia con cotejo en caso de recetas permanentes y retenidas.
- 8) **Los afiliados de Isapre:** Deben presentar previamente su documentación en la Isapre respectiva.
- 9) **Los afiliados con Seguro complementario de salud:** Deben presentar previamente sus antecedentes en la Compañía de Seguros, posteriormente presentar documentación en Servicio de Bienestar, documentos en original o fotocopia cotejada de éstos por la Compañía Aseguradora y con detalle de las bonificaciones realizadas.
- 10) **Recetas médicas:** Tendrán vigencia de 06 meses para medicamentos en general. En el caso de las recetas permanentes, la vigencia será de 12 meses a partir de la fecha de emisión del documento y podrá presentar fotocopia con cotejo de Asistente Social de Bienestar, Oficina de Personal, Secretaría Unidad de Bienestar o Ministro de Fe del Establecimiento.  
En el caso de las recetas retenidas el afiliado debe solicitar una copia en la farmacia respectiva con timbre que indique "Receta Retenida". De no existir dicho timbre en farmacia debe solicitar a Químico Farmacéutico y/o responsable del local la firma y timbre que acredite lo anterior.  
Todas las recetas deben cumplir con los requisitos señalados en el punto N°7.
- 11) **Las atenciones de Podólogo:** serán reembolsadas sólo las que correspondan a **Afiliados Diabéticos**, acreditado con certificado médico. El Certificado tendrá vigencia de un año a partir de la fecha de emisión. Se aceptará para reembolso de atenciones de podología fotocopia de dicho certificado con cotejo de Asistente Social de Bienestar, Oficina de Personal, Secretaría Unidad de Bienestar o Ministro de Fe del Establecimiento.
- 12) **Cargas Reconocidas:** Los afiliados serán responsables de gestionar en su establecimiento el trámite de reconocimiento de cargas, lo que permitirá reembolso oportuno de beneficios.  
En el caso de los Afiliados Pasivos deberán presentar documento que acredite reconocimiento de cargas vigentes para gestión de beneficios.

13) Detalle de Beneficios Médicos:

| BENEFICIO               | TOPE ANUAL  | DOCUMENTACION DE RESPALDO  |
|-------------------------|-------------|--|
| CONSULTAS MEDICAS       | \$110.000.- | <p><b>Si para el reembolso de una Consulta Médica usted tiene:</b></p> <p><b><u>Bono de Atención Fonasa o Isapre:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Debe presentar documento original.</li> <li>2.- Bono debe venir con firma y timbre del médico tratante o institución donde realiza la atención.</li> <li>3.- Debe venir con firma del beneficiario.</li> <li>4.- Debe contener todos los datos de quien se atiende.</li> <li>5.- Debe tener fecha de emisión no superior a 6 meses a la fecha de presentación para reembolso del beneficio.</li> <li>6.- Debe estar legible toda la información.</li> </ol> <p><b><u>Boleta de Honorarios:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Debe presentar documento original.</li> <li>2.-Boleta debe venir con firma y timbre del médico tratante o institución donde realiza la atención.</li> <li>3.- Debe contener todos los datos de quien se atiende.</li> <li>4.- Debe tener fecha de emisión no superior a 6 meses a la fecha de presentación para reembolso del beneficio.</li> <li>5.- Debe estar legible toda la información.</li> <li>6.- Debe contener el detalle de la prestación</li> </ol> <p><b><u>Boleta electrónica y/o Factura:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Debe presentar documento original.</li> <li>2.- Debe contener todos los datos de quien se atiende.</li> <li>3.-Debe tener fecha de emisión no superior a 6 meses a la fecha de presentación para reembolso del beneficio.</li> <li>4.- Debe estar legible toda la información.</li> <li>5.- Debe contener el detalle de la prestación.</li> </ol> <p>Una vez que usted cuente con la documentación correspondiente, debe completar el <b>Formulario Solicitud de Beneficios</b>, que contiene:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificación del funcionario (Nombre Completo, Rut,)</li> <li>2. Identificación del establecimiento de procedencia.</li> <li>3. Fecha de entrega de la Solicitud de beneficio</li> <li>4. Firma del afiliado</li> <li>5. Información legible</li> </ol> |
| INTERVENCION QUIRURGICA | \$86.000.-  | <p><b>Si para el reembolso de una Intervención Quirúrgica usted cuenta con:</b></p> <p><b><u>Bono Fonasa y Programa</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Debe presentar documentos en original</li> <li>2.- Bono debe venir con firma y timbre del médico tratante o institución donde realiza la intervención.</li> <li>3.- Debe venir con firma del beneficiario.</li> <li>4.- Debe contener todos los datos de quien se atiende.</li> <li>5.- Debe tener fecha de emisión no superior a 6 meses a la fecha de presentación del beneficio.</li> <li>6.- Debe estar legible toda la información.</li> <li>7.- Detalle de todas las prestaciones entregada por la institución hospitalaria.</li> </ol> <p><b><u>Boleta de Honorarios, Boletas de Servicios y Facturas:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Debe presentar documentos en original</li> <li>2.- Documento debe venir con firma y timbre del médico tratante o institución donde realiza la intervención</li> <li>3.-En el caso de las facturas debe venir la firma del beneficiario</li> <li>4.- Debe contener todos los datos de quien se atiende.</li> <li>5.- Debe tener fecha de emisión no superior a 6 meses a la fecha de presentación del beneficio.</li> <li>6.- Debe estar legible toda la información.</li> <li>7.- Detallar todas las prestaciones entregadas por la institución hospitalaria.</li> </ol>   |

|                        |                    |   |
|------------------------|--------------------|---|
|                        |                    | <p><b><u>Isapre y Seguros Complementarios de Salud</u></b></p> <p>1.- Debe presentar el documento Liquidación de reembolso de Isapre y/o Compañía de Seguros en original.</p> <p>2.- Debe presentar fotocopia de toda la documentación entregada originalmente por la Institución Hospitalaria, enviada previamente a la Isapre o Compañía de Seguros para reembolso, es decir, bonos, boletas, facturas y detalle de prestaciones</p> <p>Una vez que usted cuente con la documentación correspondiente, debe completar el <b>Formulario Solicitud de Beneficios</b>, que contiene:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificación del funcionario (Nombre Completo, Rut,)</li> <li>2. Identificación del establecimiento de procedencia.</li> <li>3. Fecha de entrega de la Solicitud de beneficio</li> <li>4. Firma del afiliado</li> <li>5. Información legible</li> </ol> <p><b>Nota:</b> Este ítem de reembolsos incluye anestesista, arsenalera, derecho a pabellón, programa PAD.</p>  |
| <b>HOSPITALIZACION</b> | <b>\$50.000.-</b>  | <p><b>Si para el reembolso de una Hospitalización usted cuenta con:</b></p> <p><b><u>Bono Fonasa y Programa</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Debe presentar documentos en original.</li> <li>2.- Bono debe venir con firma y timbre del médico tratante o institución donde realiza la intervención.</li> <li>3.- Debe venir con firma del beneficiario.</li> <li>4.- Debe contener todos los datos de quien se atiende.</li> <li>5.- Debe tener fecha de compra no superior a 6 meses a la fecha de presentación del beneficio.</li> <li>6.- Debe estar legible toda la información.</li> <li>7.- Detalle de la prestación entregada por la institución hospitalaria.</li> </ol> <p><b><u>Reembolso Isapre:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Debe presentar fotocopia de toda la documentación entregada originalmente por la Institución Hospitalaria.</li> <li>2.- Debe presentar el documento de reembolso de Isapre en original.</li> </ol> <p>Una vez que usted cuente con la documentación correspondiente, debe completar el <b>Formulario Solicitud de Beneficios</b>, que contiene:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificación del funcionario (Nombre Completo, Rut,)</li> <li>2. Identificación del establecimiento de procedencia.</li> <li>3. Fecha de entrega de la Solicitud de beneficio</li> <li>4. Firma del afiliado</li> <li>5. Información legible</li> </ol> |
| <b>EXAMENES</b>        | <b>\$105.000.-</b> | <p><b>Rayos X, Laboratorio y Especializados</b></p> <p><b>Si para el reembolso de exámenes, usted tiene:</b></p> <p><b><u>Bono de Atención Fonasa o Isapre:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Debe presentar documento original.</li> <li>2.- Bono debe venir con firma y timbre del médico tratante o institución donde realiza la atención.</li> <li>3.- Debe venir con firma del beneficiario.</li> <li>4.- Debe contener todos los datos de quien se atiende.</li> <li>5.- Debe tener fecha de emisión no superior a 6 meses a la fecha de presentación para reembolso del beneficio.</li> <li>6.- Debe estar legible toda la información.</li> </ol> <p><b><u>Boleta de Honorarios:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Debe presentar documento original.</li> <li>2.- Boleta debe venir con firma y timbre del médico tratante o institución donde realiza la atención.</li> <li>3.- Debe contener todos los datos de quien se atiende.</li> <li>4.- Debe tener fecha de emisión no superior a 6 meses a la fecha de presentación para reembolso del beneficio.</li> <li>5.- Debe estar legible toda la información.</li> <li>6.- Debe contener el detalle de la prestación</li> </ol>   |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   |   | <p><b><u>Boleta de Medicamentos como complemento de un examen:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Debe presentar documento original.</li> <li>2.- Boleta debe venir con firma y timbre de la institución donde realiza la atención.</li> <li>3.- Debe contener el detalle de o los medicamentos complementarios.</li> <li>4.- Debe tener fecha de emisión no superior a 6 meses a la fecha de presentación para reembolso del beneficio.</li> <li>5.- Debe estar legible toda la información.</li> <li>6.- Debe contener el detalle de la prestación.</li> </ol> <p>Una vez que usted cuente con la documentación correspondiente, debe completar el <b>Formulario Solicitud de Beneficios</b>, que contiene:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificación del funcionario (Nombre Completo, Rut,)</li> <li>2. Identificación del establecimiento de procedencia.</li> <li>3. Fecha de entrega de la Solicitud de beneficio</li> <li>4. Firma del afiliado</li> <li>5. Información legible</li> </ol>   |
| <p style="text-align: center;"><b>ATENCION<br/>ODONTOLÓGICA</b></p> | <p style="text-align: center;"><b>\$104.000.-</b></p> | <p><b>Se bonificarán hasta el tope señalado todas las prestaciones dentales acreditadas por el Odontólogo tratante. No se requiere V°B° del Odontólogo Contralor.</b></p> <p><b>Si para el reembolso de Atención Odontológica, usted tiene:</b></p> <p><b><u>Bono de Atención Fonasa (PAD):</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Debe presentar documento original.</li> <li>2.-Bono debe venir con firma y timbre del médico tratante o institución donde realiza la atención.</li> <li>3.- Debe venir con firma del beneficiario.</li> <li>4.- Debe contener todos los datos de quien se atiende.</li> <li>5.- Debe tener fecha de emisión no superior a 6 meses a la fecha de presentación para reembolso del beneficio.</li> <li>6.- Debe estar legible toda la información.</li> </ol> <p><b><u>Boleta de Honorarios, Boletas de Servicios o Facturas:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Debe presentar documento original.</li> <li>2.- Boleta debe venir con firma y timbre del médico tratante o institución donde realiza la atención.</li> <li>3.- Debe contener todos los datos de quien se atiende.</li> <li>4.- Debe tener fecha de emisión no superior a 6 meses a la fecha de presentación para reembolso del beneficio.</li> <li>5.- Debe estar legible toda la información.</li> <li>6.- Debe contener el detalle de la prestación</li> <li>7.- Debe adjuntar presupuesto</li> <li>8.- En caso de compra de insumos de Ortodoncia, deberá adjuntar a la Boleta de compra, Orden del Odontólogo con nombre del paciente, nombre, Rut y firma del Profesional, fecha de emisión y el detalle.</li> </ol> <p><b><u>Reembolso Isapre:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Debe presentar fotocopia de toda la documentación entregada originalmente por el Odontólogo o Centro de atención.</li> <li>2.- Debe presentar el documento de reembolso de Isapre en original.</li> </ol> <p>Una vez que usted cuente con la documentación correspondiente, debe completar el <b>Formulario Solicitud de Beneficios</b>, que contiene:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificación del funcionario (Nombre Completo, Rut,)</li> <li>2. Identificación del establecimiento de procedencia.</li> <li>3. Fecha de entrega de la Solicitud de beneficio</li> <li>4. Firma del afiliado</li> <li>5. Información legible</li> </ol> |

|  |                           |  |
|--|---------------------------|--|
| <p><b>MEDICAMENTOS<br/>(CURATIVOS)</b></p>             | <p><b>\$130.000.-</b></p> | <p><b>Si para el reembolso de Medicamentos, usted tiene:</b></p> <p><b><u>Boletas, facturas o voucher /comprobante de pago con tarjeta (Red-Compra):</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Debe presentar el documento original</li> <li>2.- Debe contener el detalle de los medicamentos comprados. En el caso de boletas o voucher, estos deben contener el detalle en documento adjunto, con timbre de la farmacia.</li> <li>3.- Boleta, factura o voucher debe venir acompañados de la Receta médica en original.</li> <li>4.- La receta debe contener todos los datos del paciente y el nombre, firma y timbre del médico.</li> <li>5.- Boletas, facturas o voucher deben tener fecha posterior o igual a la de la receta.</li> <li>6.- Boletas, facturas o voucher /comprobante de pago con tarjeta y receta deben tener información legible y no estar enmendadas.</li> <li>5.- Sólo se reembolsarán medicamentos reconocidos como tal ante el ISP (Instituto de Salud Pública)</li> </ol> <p><b><u>En el caso de las Recetas Permanentes</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Debe contener todo lo anteriormente señalado.</li> <li>2.- Debe presentar la receta original más una fotocopia para visación de medicamento permanente.</li> <li>3.- La fotocopia debe ser visada por Asistente Social de Bienestar o ministro de fe del establecimiento, registrándola como "copia fiel del original" cada vez que requiera reembolso de dicha receta</li> <li>4.- Receta tiene vigencia de 1 año desde la fecha de emisión (se considera día, mes y año)</li> <li>5.- Las Boletas deben tener fecha igual al periodo de vigencia de la receta.</li> </ol> <p><b><u>En el caso de las Recetas Retenidas:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Fotocopia de la Receta con firma y timbre de farmacia (Químico Farmacéutico o responsable de local) que indique que es receta retenida.</li> </ol> <p><b><u>En el caso de los dermatocosméticos y anticonceptivos:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Recetas dermatológicas deben ser emitidas por un dermatólogo/a (APLICACIÓN A PARTIR DE ENERO 2016)</li> <li>2.- Receta debe indicar diagnóstico médico.</li> <li>3.- Solo se reembolsaran estos productos cuando sean parte de un tratamiento curativo, no preventivo.</li> </ol> <p>Una vez que usted cuente con la documentación correspondiente, debe completar el <b>Formulario Solicitud de Beneficios</b>, que contiene:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificación del funcionario (Nombre Completo, Rut,)</li> <li>2. Identificación del establecimiento de procedencia.</li> <li>3. Fecha de entrega de la Solicitud de beneficio</li> <li>4. Firma del afiliado</li> <li>5. Información legible</li> </ol> |
| <p><b>TRATAMIENTO<br/>MÉDICO<br/>ESPECIALIZADO</b></p> | <p><b>\$84.000.-</b></p>  | <p><b>Si para el reembolso de Tratamiento Médico usted tiene:</b></p> <p><b><u>Bono de Atención Fonasa o Isapre:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Debe presentar documento original.</li> <li>2.- Bono debe venir con firma y timbre del médico tratante o institución donde realiza la atención.</li> <li>3.- Debe venir con firma del beneficiario.</li> <li>4.- Debe contener todos los datos de quien se atiende.</li> <li>5.- Debe tener fecha de emisión no superior a 6 meses a la fecha de presentación para reembolso del beneficio.</li> <li>6.- Debe estar legible toda la información.</li> </ol> <p><b><u>Boleta de Honorarios:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Debe presentar documento original.</li> <li>2.- Boleta debe venir con firma y timbre del médico tratante o institución donde realiza la atención.</li> <li>3.- Debe contener todos los datos de quien se atiende.</li> <li>4.- Debe tener fecha de emisión no superior a 6 meses a la fecha de</li> </ol>  |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <p>presentación para reembolso del beneficio.<br/> 5.-Debe estar legible toda la información.<br/> 6.-Debe contener el detalle de la prestación</p> <p>Una vez que usted cuente con la documentación correspondiente, debe completar el <b>Formulario Solicitud de Beneficios</b>, que contiene:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificación del funcionario (Nombre Completo, Rut,)</li> <li>2. Identificación del establecimiento de procedencia.</li> <li>3. Fecha de entrega de la Solicitud de beneficio</li> <li>4. Firma del afiliado</li> <li>5. Información legible</li> </ol>  |
| <p style="text-align: center;"><b>CONSULTA Y<br/> TRATAMIENTO<br/> ESPECIALIZADO<br/> PROFESIONALES Y<br/> TÉCNICOS DE<br/> COLABORACIÓN<br/> MÉDICA</b></p> | <p style="text-align: center;"><b>\$86.000.-</b></p> | <p><b>Si para el reembolso de Tratamiento Médico usted tiene:</b></p> <p><b><u>Bono de Atención Fonasa o Isapre:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Debe presentar documento original.</li> <li>2.-Bono debe venir con firma y timbre del médico tratante o institución donde realiza la atención.</li> <li>3.-Debe venir con firma del beneficiario.</li> <li>4.-Debe contener todos los datos de quien se atiende.</li> <li>5.-Debe tener fecha de emisión no superior a 6 meses a la fecha de presentación para reembolso del beneficio.</li> <li>6.-Debe estar legible toda la información.</li> </ol> <p><b><u>Boleta de Honorarios:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Debe presentar documento original.</li> <li>2.-Boleta debe venir con firma y timbre del médico tratante o institución donde realiza la atención.</li> <li>3.-Debe contener todos los datos de quien se atiende.</li> <li>4.-Debe tener fecha de emisión no superior a 6 meses a la fecha de presentación para reembolso del beneficio.</li> <li>5.-Debe estar legible toda la información.</li> <li>6.-Debe contener el detalle de la prestación</li> </ol> <p>Una vez que usted cuente con la documentación correspondiente, debe completar el <b>Formulario Solicitud de Beneficios</b>, que contiene:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificación del funcionario (Nombre Completo, Rut,)</li> <li>2. Identificación del establecimiento de procedencia.</li> <li>3. Fecha de entrega de la Solicitud de beneficio</li> <li>4. Firma del afiliado</li> <li>5. Información legible</li> </ol> |
| <p style="text-align: center;"><b>APARATOS<br/> ORTOPÉDICOS</b></p>  | <p style="text-align: center;"><b>\$55.000.-</b></p> | <p><b>Se bonificarán prótesis y órtesis, incluye vendas, fajas, corset, valvas, botas de yeso, medias, plantillas, entre otros.</b></p> <p><b>Si para el reembolso de Aparatos Ortopédicos usted tiene</b></p> <p><b><u>Boleta:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Debe presentar indicación médica en original</li> <li>2.-La Boleta debe ser original.</li> <li>3.-Debe contener todos los datos de quien se atiende.</li> <li>4.-Debe tener fecha de emisión no superior a 6 meses a la fecha de presentación para reembolso del beneficio.</li> <li>5.-Debe estar legible toda la información.</li> <li>6.-Debe contener el detalle de la prestación.</li> </ol> <p><b><u>Reembolso Fonasa o Isapre:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Debe presentar el documento que entregó Fonasa o Liquidación de reembolso de Isapre en original, según corresponda.</li> <li>2.-Debe presentar fotocopia de la indicación médica y de la boleta de adquisición de prótesis u órtesis con el detalle respectivo</li> </ol> <p>Una vez que usted cuente con la documentación correspondiente, debe completar el <b>Formulario Solicitud de Beneficios</b>, que contiene:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificación del funcionario (Nombre Completo, Rut,)</li> <li>2. Identificación del establecimiento de procedencia.</li> <li>3. Fecha de entrega de la Solicitud de beneficio</li> <li>4. Firma del afiliado</li> <li>5. Información legible</li> </ol>  |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p><b>ATENCIÓN OBSTÉTRICA</b></p>   | <p><b>\$83.000.-</b></p>   | <p><b>Este ítem está orientado al control del embarazo.</b></p> <p><b>Si para el reembolso de Atención Obstétrica usted tiene:</b></p> <p><b><u>Bono de Atención Fonasa o Isapre:</u></b><br/> 1.-Debe presentar documento original.<br/> 2.-Bono debe venir con firma y timbre del médico tratante o institución donde realiza la atención.<br/> 3.-Debe venir con firma del beneficiario.<br/> 4.-Debe contener todos los datos de quien se atiende.<br/> 5.-Debe tener fecha de emisión no superior a 6 meses a la fecha de presentación para reembolso del beneficio.<br/> 6.-Debe estar legible toda la información.</p> <p><b><u>Boleta de Honorarios:</u></b><br/> 1.-Debe presentar documento original.<br/> 2.-Boleta debe venir con firma y timbre del médico tratante o institución donde realiza la atención.<br/> 3.-Debe contener todos los datos de quien se atiende.<br/> 4.-Debe tener fecha de emisión no superior a 6 meses a la fecha de presentación para reembolso del beneficio.<br/> 5.-Debe estar legible toda la información.<br/> 6.-Debe contener el detalle de la prestación</p> <p>Una vez que usted cuente con la documentación correspondiente, debe completar el <b>Formulario Solicitud de Beneficios</b>, que contiene:<br/> 1. Identificación del funcionario (Nombre Completo, Rut,)<br/> 2. Identificación del establecimiento de procedencia.<br/> 3. Fecha de entrega de la Solicitud de beneficio<br/> 4. Firma del afiliado<br/> 5. Información legible</p>   |
| <p><b>ADQUISICIÓN DE LENTES ÓPTICOS:</b></p> <p><b>Simples:</b></p> <p><b>Bifocales</b></p> <p><b>Contacto Multifocales Intraoculares</b></p> | <p><b>\$54.000.-</b></p> <p><b>\$69.460.-</b></p> <p><b>\$98.120.-</b></p> | <p><b>Se bonificará para el afiliado/a y cargas reconocidas cada 2 años. Se incluyen lentes simples, bifocales, multifocales, de contacto e intraoculares.</b></p> <p><b>Existen dos modalidades para la adquisición: Convenio con ópticas asociadas y Ópticas en general.</b></p> <p><b><u>a)Convenio con ópticas asociadas:</u></b><br/> 1.-Se debe completar formulario "Solicitud de Lentes".<br/> 2.-Adjuntar receta original y presupuesto de la óptica elegida por afiliado/a y/o carga reconocida.<br/> 3.-Despachar a Bienestar Central documentación para la autorización correspondiente.<br/> 4.-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.<br/> 5.-Optica entregará lentes al afiliado/a y/o carga reconocida y cobrará a Bienestar la prestación.</p> <p><b><u>b)Ópticas sin convenio:</u></b><br/> 1.-Debe presentar indicación médica original y contener todos los datos del paciente, nombre, firma y timbre del médico.<br/> 2.-Debe presentar boleta o factura original.<br/> 3.-La boleta o factura debe contener todos los datos de quien se atiende.<br/> 4.-Debe tener fecha de emisión no superior a 6 meses a la fecha de presentación para reembolso del beneficio.<br/> 4.-Debe estar legible toda la información.<br/> 5.-Debe contener el detalle de la compra. La cual debe ser coherente con la Orden Médica.</p> <p><b>Si adquirió sus lentes en ópticas sin convenio y reembolsó en Fonasa o Isapre:</b><br/> 1.-Debe presentar el documento que le entregó Fonasa o Liquidación de reembolso de Isapre en original, según corresponda.<br/> 2.-Debe presentar fotocopia de la indicación médica y de la boleta de adquisición de lentes con el detalle respectivo.</p> |

|                  |                   |  |
|------------------|-------------------|--|
|                  |                   | <p>Una vez que usted cuente con la documentación correspondiente, debe completar el <b>Formulario Solicitud de Beneficios</b>, que contiene:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificación del funcionario (Nombre Completo, Rut,)</li> <li>2. Identificación del establecimiento de procedencia.</li> <li>3. Fecha de entrega de la Solicitud de beneficio.</li> <li>4. Firma del afiliado.</li> <li>5. Información legible.</li> </ol>  |
| <b>AUDÍFONOS</b> | <b>\$98.000.-</b> | <p><b>Beneficio otorgado cada 2 años.</b><br/> <b>Si para el reembolso de Audífonos usted tiene:</b></p> <p><b>Boleta y/o Factura:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Debe presentar indicación médica original y contener todos los datos del paciente, nombre, firma y timbre del médico.</li> <li>2.-Debe presentar boleta o factura original.</li> <li>3.-La boleta o factura debe contener todos los datos de quien se atiende.</li> <li>4.-Debe tener fecha de emisión no superior a 6 meses a la fecha de presentación para reembolso del beneficio.</li> <li>4.-Debe estar legible toda la información.</li> <li>5.-Debe contener el detalle de la compra. La cual debe ser coherente con la Orden Médica.</li> </ol> <p><b>Reembolso Fonasa o Isapre:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Debe presentar el documento que entregó Fonasa o Liquidación de reembolso de Isapre en original, según corresponda.</li> <li>2.-Debe presentar fotocopia de la indicación médica y de la boleta de adquisición de audífonos con el detalle respectivo.</li> </ol> <p>Una vez que usted cuente con la documentación correspondiente, debe completar el <b>Formulario Solicitud de Beneficios</b>, que contiene:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificación del funcionario (Nombre Completo, Rut,)</li> <li>2. Identificación del establecimiento de procedencia.</li> <li>3. Fecha de entrega de la Solicitud de beneficio</li> <li>4. Firma del afiliado</li> <li>5- Información legible.</li> </ol>  |
| <b>TRASLADOS</b> | <b>\$49.000.-</b> | <p><b>Se bonificarán traslados a establecimientos públicos o privados y consultas particulares, siempre que hayan sido derivados a través de una Solicitud de Interconsulta.</b></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.</p> <p>Excepcionalmente se bonificarán pasajes a acompañante del paciente en casos que éstos últimos sean menores de edad, mayores NO AUTOVALENTES y en el caso de exámenes especiales, adjuntando un certificado médico que lo señale.</p> <p><b>Para el reembolso de Traslados usted requiere:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Fotocopia visada por ministro de fe de Solicitud de Interconsulta con los datos completos de quien se deriva.</li> <li>2.-Esta fotocopia debe enviarse cada vez que solicita reembolso.</li> <li>3.-El afiliado/a y/o carga debe solicitar un comprobante que acredite la atención correspondiente (nombre del paciente, fecha y hora de atención correspondiente)</li> <li>4.-Los pasajes que se presentan deben ser correspondientes con el día y hora señalada en el comprobante de atención.</li> <li>5.-En caso de presentar peajes deben ser correspondientes con el día y hora señalada en el comprobante de atención.</li> </ol> <p>Una vez que usted cuente con la documentación correspondiente, debe completar el <b>Formulario Solicitud de Beneficios</b>, que contiene:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificación del funcionario (Nombre Completo, Rut,)</li> <li>2. Identificación del establecimiento de procedencia.</li> <li>3. Fecha de entrega de la Solicitud de beneficio.</li> <li>4. Firma del afiliado.</li> <li>5. Información legible.</li> </ol> |

## II.- SUBSIDIOS

Los subsidios otorgados por este Servicio corresponden a ayudas como beneficios adicionales, siempre que las disponibilidades presupuestarias lo permitan, y son fijados por el Consejo Administrativo. Para solicitarlos se requiere tener tres meses mínimos de cotizaciones, anteriores a la fecha de solicitud del beneficio en el Servicio de Bienestar y presentar solicitud según formato establecido.

| BENEFICIO   | TOPE ANUAL   | DOCUMENTACION DE RESPALDO   |
|---|--|---|
| <b>MATRIMONIO</b><br>Por Afiliado   | <b>\$ 71.000</b>   | ✓ Certificado de Matrimonio del Registro Civil.   |
| <b>NACIMIENTO</b><br>Por Afiliado   | <b>\$ 71.000</b>   | ✓ Certificado Nacimiento del Registro Civil que indique nombre de los padres del niño/a.<br>✓ En el caso de adopción se debe presentar Certificado de Sentencia de Adopción.  |
| <b>FALLECIMIENTO</b><br>Por Afiliado<br>Por carga reconocida  | <b>\$ 149.000</b><br><b>\$ 75.000</b>                                    | ✓ Certificado de defunción del Registro Civil.<br>✓ Libreta de Familia o Certificado de Registro Civil que indique parentesco.  |
| <b>MORTINATO</b>  | <b>\$ 47.000</b>   | ✓ Certificado o Resolución de asignación prenatal desde el 5° mes<br>✓ Certificado médico que indique fallecimiento.  |
| <b>BOVEDA</b>   | <b>\$ 37.000</b>   | ✓ Certificado Defunción.<br>✓ Factura o Boleta de adquisición de bóveda por el causante fallecido.  |
| <b>ASIGNACION DE ESCOLARIDAD</b><br><br>Pre-Kinder y Kinder<br>E. Básica y Especial<br><br>Educación Media<br><br>Educación Superior<br>(Incluye Magister y Doctorado)  | <b>\$ 32.000</b><br><br><b>\$ 42.000</b><br><br><b>\$ 74.000</b>         | Para estudiantes de establecimientos Educativos reconocidos por el Estado.<br><br>Para el cobro de esta asignación en cualquiera de sus tipos se requiere:<br>✓ Comprobante Matrícula que indique que se está cursando dicho nivel durante el año 2016. (Documento Original o Fotocopia con cotejo del referente).<br>✓ Certificación de Cargas reconocidas.<br><br><u>Fecha Solicitud de Beneficio:</u><br><u>Enero a Octubre de 2016</u>  |
| <b>BECAS DE ESTUDIO EDUCACION SUPERIOR</b><br><br>Hijos Funcionarios<br>(30 Becas)<br><br>Funcionarios Imponentes<br>(20 Becas)<br><br>On line Funcionarios<br>(10 Becas)<br><br>Becas Parciales a Afiliados estudiantes.<br>(11 Becas) | <b>\$450.000.-</b><br><br><br><br><br><br><br><br><br><b>\$120.000.-</b> | A definir por el Consejo Administrativo según postulación anual.<br><b>REQUISITOS</b><br>✓ Cursar 2° año de Estudios<br>✓ Certificado de Matrícula con identificación y curso.<br>✓ Informe social.<br>✓ Certificación de cargas reconocidas<br>✓ Certificado promedio Notas según detalle:<br><b>Universidad</b><br>Funcionarios: 4.0<br>Carga: 4.5<br><b>Instituto Superior</b><br>Funcionarios: 4.5<br>Carga: 5.0<br><b>Centro de Formación Técnica</b><br>Funcionarios: 4.0<br>Carga: 4.5 |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p><b>AYUDA MEDICA COMPLEMENTARIA</b></p> <p>* Enfermedades Catastróficas.</p> <p>* Enfermedades Recuperables de alto costo.</p> <p>* Enfermedades Recuperables costo moderado.</p>         | <p><b>\$475.000</b></p> <p><b>\$ 400.000</b></p> <p><b>\$ 340.000</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formulario de Solicitud de beneficios.</li> <li>✓ Informe Social.</li> <li>✓ Informe Médico.</li> </ul>   |
| <p><b>CATASTROFE</b></p> <p>* <b>Tramo I</b><br/>Daño de gran magnitud</p> <p>* <b>Tramo II</b><br/>Daño de mediana magnitud</p> <p>* <b>Tramo III</b><br/>Daño menor de menor magnitud</p> | <p><b>\$500.000</b></p> <p><b>\$150.000</b></p> <p><b>\$ 80.000</b></p>   | <p>Daños a causa de catástrofes que afecten su casa habitación y/o bienes muebles que lo guarnecen.</p> <p>Según magnitud del daño y disponibilidad presupuestaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Informe Social</li> <li>✓ Informe de Bomberos o Carabineros.</li> <li>✓ Otros antecedentes probatorios del siniestro</li> </ul> |

### III.- PRÉSTAMOS

Los Préstamos se conceden de acuerdo a 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 del funcionario afiliado.

Se otorgan de acuerdo a 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, con un intervalo de 02 meses entre ambos.

Toda solicitud debe ser suscrita, además del afiliado, por 2 codeudores solidarios, quienes deberán tener a lo menos 3 meses de afiliación anteriores a la fecha de solicitud del beneficio y disponer de un saldo líquido igual o superior al solicitante. La solicitud debe incluir certificación de ingreso líquido del solicitante y los avales, por la Unidad de Personal o Recursos Humanos de los Establecimientos.

| BENEFICIO   | TOPE ANUAL               | DOCUMENTACION DE RESPALDO   |
|---|--------------------------|---|
| <p><b>PRESTAMO MEDICO MAXIMO POR AFILIADO</b></p> | <p><b>\$ 260.000</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Necesidades urgentes que contribuyan a la recuperación de la Salud, calificada por el Jefe del Servicio de Bienestar</li> <li>✓ Solicitud de Préstamo según formato establecido.</li> <li>✓ Fotocopia Programa Médico y/o requerimiento específico (Presupuesto Tratamientos Dentales, Medicamentos, Exámenes de alto costo entre otros).</li> </ul> |

|  |                   |   |
|--|-------------------|---|
| <b>PRESTAMO AUXILIO<br/>MAXIMO POR AFILIADO</b>      | <b>\$ 225.000</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Necesidades urgentes de origen económico social, calificados por el Jefe del Servicio Bienestar.</li> <li>✓ Solicitud de Préstamo según formato establecido.</li> <li>✓ Certificado Social del Asistente Social de Bienestar de su establecimiento</li> </ul>  |
| <b>PRESTAMO HABITACIONAL<br/>MAXIMO POR AFILIADO</b> | <b>\$ 245.000</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Para adquirir vivienda y para construir, ampliar o reparar vivienda propia</li> <li>✓ Solicitud de Préstamo según formato establecido.</li> </ul> <p><b>PARA ADQUIRIR VIVIENDA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fotocopia Libreta de ahorro para la vivienda.</li> <li>✓ Aporte del 50% del ahorro.</li> </ul> <p><b>PARA REPARACION:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Documento Legal de propiedad de la vivienda del afiliado.</li> <li>✓ Presupuesto de reparación.</li> </ul> |

#### IV.- SERVICIOS OTORGADOS

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

| <b>BENEFICIO</b>                             | <b>DESCRIPCION/VALOR</b>  | <b>DOCUMENTACION<br/>DE RESPALDO</b>  |
|--|---|---|
| <b>PROGRAMA FONASA</b>                       | Venta directa de bonos de consulta y exámenes en los siguientes días y horarios:<br>De Lunes a Viernes<br>de 09:00 a 14:00 Hrs. | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formulario Solicitud de beneficio venta directa de bonos.</li> <li>✓ Rut del prestador (médico y/o laboratorio)</li> <li>✓ Orden y código de los exámenes.</li> <li>✓ Se requiere 01 mes de cotización.</li> </ul> |
| <b>PROGRAMA DENTAL</b>                       |   |   |
| *Obturaciones                                | <b>\$9.500.-</b>  |   |
| *Sellantes                                   | <b>\$5.500.-</b>  |   |
| *Fluor niños, por arcada (2 grupos)          | <b>\$6.000.-</b>  |   |
| *Flúor adultos por arcada (6 grupos)         | <b>\$3.000.-</b>  |   |
| *Exodoncias                                  | <b>\$4.500.-</b>  |   |
| *Trepanación                                 | <b>\$4.500.-</b>  |   |
| <b>Periodoncias</b>                          |   |   |
| *Destartrajes Completo                       | <b>\$19.500.-</b>   |   |
| *Destartrajes piezas superiores e inferiores | <b>\$10.000.-</b>   |   |
| *Higienización completa                      | <b>\$10.000.-</b>   |   |
| <b>Endodoncias</b>                           |   |   |
| *Dientes anteriores                          | <b>\$20.000.-</b>   |   |
| *Premolares                                  | <b>\$23.100.-</b>   |   |
| *Pulpotomía                                  | <b>\$14.500.-</b>   |   |
| *Actividades prevención                      | <b>\$3.500.-</b>  |   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Rehabilitación protésica</b><br>*Removible acrílica parcial<br>*Removible acrílica total<br>*Removible metálica<br>*Prótesis metálica<br>*Fija Unitaria<br>*Fija Plural (por pieza)<br>*Reparación de Prótesis<br>*Coronas Provisorias<br>*Perno Muñón<br>*Incrustaciones Metálicas<br>*Incrustaciones Estéticas<br>*Plano de Relajación<br>*Encerado Diagnóstico | \$50.000.-<br>\$55.000.-<br>\$100.000.-<br>\$100.000.-<br>\$81.000.-<br>\$39.000.-<br>\$19.500.-<br>\$13.500.-<br>\$43.000.-<br>\$43.000.-<br>\$80.000.-<br>\$44.000.-<br>\$13.000.-   |   |
| <p style="text-align: center;"><b>BIBLIOTECA</b></p>   | Préstamo gratuito<br>Multa por atraso diario \$ <b>100</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Según catálogo existente en S. Bienestar.</li> <li>✓ Solicitud directa en Servicio de Bienestar o a través de Oficinas Bienestar Local.</li> </ul>   |
| <p style="text-align: center;"><b>RECINTO DE VERANEO PICHICUY</b></p>  | <b>10 Cabañas</b><br>Valor diario por afiliado.<br><b>Temporada alta</b><br><b>\$16.500.-</b><br><b>Temporada baja</b><br><b>\$13.500.-</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Solicitud en Servicio de Bienestar y/o Oficinas de Bienestar Local</li> <li>✓ Pago directo en Caja o descuento por planilla.</li> </ul>  |
| <p style="text-align: center;"><b>ORDENES DE CREDITO DE CASAS<br/>COMERCIALES<br/>EN CONVENIO</b></p>  | <u><b>OPTICAS:</b></u><br>Pincetti, Rixi, Vergara & Toro, Aquiles & Losada, Space.<br><br><u><b>FARMACIA:</b></u><br>Cruz Verde<br><br><u><b>TIENDAS:</b></u><br><b>San Felipe:</b><br>Don Domi, La Florida, Casa Rossy, Giralda.<br><b>Los Andes:</b><br>Najum<br><b>Catemu: Llay- Llay :</b><br>Casa Rossy<br><br><u><b>LIBRERIA:</b></u><br>Comercial<br><br><u><b>OTROS:</b></u><br>Escuela Conductores<br>San Cristóbal | Según 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.<br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Solicitar en Servicio de Bienestar autorización de beneficio con presupuesto de la óptica de preferencia</li> <li>✓ Solicitud de Ordenes de Crédito en Servicio Bienestar, Oficinas de Bienestar Locales, Oficinas de Personal.</li> <li>✓ Presentar última colilla de sueldo</li> </ul> |

**V.- APORTES A ORGANIZACIONES INTERNAS DE AFILIADOS Y SUS CARGAS RECONOCIDAS**

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

| <b>ORGANIZACIÓN</b>         | <b>DETALLE DE APORTE</b>   | <b>DOCUMENTO DE RESPALDO</b>  |
|-----------------------------|--|---|
| <b>JARDINES INFANTILES</b>  | Aporte anual para cubrir necesidades directas de los niños/as.<br>Se mantendrá el monto para cada Jardín Infantil según lo ejecutado en el año 2015.   | ✓ Planilla asistencia mensual.<br>✓ Rendición de gastos al 15 noviembre 2016.   |
| <b>CLUB ESCOLAR</b>         | Aporte anual para cubrir necesidades directas de los niños/as.<br>Se mantendrá el monto para cada Club Escolar según lo ejecutado en el año 2015.  | ✓ Planilla asistencia mensual.<br>✓ Rendición de gastos al 15 noviembre 2016.   |
| <b>COMITE NAVIDAD</b>       | Aporte por una sola vez para cubrir iniciativas relacionadas con Fiesta de Navidad.<br>Se aporta por afiliado con cargas familiares menores o igual a 10 años al 31/12/2016.<br>Según lo siguiente:<br><b>\$150.000.-</b><br>(1 a 150 Afiliados)<br><b>\$250.000.-</b><br>(151 a 300 Afiliados)<br><b>\$350.000.-</b><br>(301 y más Afiliados) | ✓ Resolución Comité de Navidad<br>✓ Proyecto de cada Comité que especifique utilización de los aportes entregados.<br>✓ Rendición de gastos al 15 diciembre 2016. |
| <b>OTRAS ORGANIZACIONES</b> | A través de presentación de Proyectos Sociales.<br>Según presupuesto disponible.   | ✓ Presentación de Proyectos al Consejo Administrativo.<br>✓ Rendición de gastos de acuerdo a calendario definido por el Consejo Administrativo.                   |

## **VI. REGALO DE NAVIDAD**

Considerado como beneficio facultativo, se otorga al 100% de los afiliados. Se requiere tener tres meses de afiliación en el Servicio de Bienestar, anteriores a la fecha de solicitud del beneficio y sus aportes vigentes. El monto anual del regalo de Navidad es fijado por el Consejo Administrativo, según disponibilidad presupuestaria.

2. **DEJASE** establecido que la presente Normativa tiene vigencia desde el 1 ° enero 2016 y hasta el 31 de diciembre del presente año.

3. **IMPUTESE** el gasto de los beneficios establecidos precedentemente al Presupuesto de Gastos del Servicio de Bienestar año 2016.

### **ANOTESE Y COMUNIQUESE**

**DRA. VILMA OLAVE GARRIDO  
DIRECTORA  
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

Transcrito Fielmente del original que he tenido a la vista

**GRACIELA GAJARDO GALLARDO  
MINISTRO DE FE**

### **DISTRIBUCION**

- INTEGRANTES CONSEJO ADMINISTRATIVO (12)
- ASISTENTES SOCIALES DE BIENESTAR
- SRS.DIRIGENTES GREMIALES
- JEFES RECURSOS HUMANOS ESTABLECIMIENTOS
- JEFES OFICINAS DE PERSONAL ESTABLECIMIENTOS
- ARCHIVO UNIDAD DE BIENESTAR INTEGRAL (3)
- ARCHIVO OFICINA DE PARTES