MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD VALPARAISO SAN ANTONIO
SUBDEPTO. CICLO DE VIDA LABORAL
SERVICIO DE BIENESTAR

RESOLUCION EXENTA N.º

VISTOS: según resolución exenta N° O-01-S-00290-2026 que aprueba presupuesto del Servicio de Bienestar 2026, y consultas realizadas vía web de beneficios realizadas y respuesta del 23.01.2026 de Superintendencia Intendencia de Seguridad Social, lo resuelto por el Consejo Administrativo de Bienestar en reunión extraordinaria realizado el día 6 y 28 de enero 2026; según resolución exenta n°352/04.02.2026 que fija los beneficios de bienestar año 2026, consultas y respuestas realizadas vía web a Superintendencia de Seguridad Social 31.01.2026 y 18.03.2026, lo resuelto por el Consejo Administrativo de Bienestar en reunión ordinaria realizado 16.04.2026 y 20.05.2026, Decreto exento N°18/2026 del 20 de marzo 2026 que Aprueba Reglamento del Servicio de Bienestar del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, sesión ordinaria del 18 de junio 2026, donde se revisa Ordinario N° O-01-S-00974-2026 de Superintendencia de Seguridad Social, Memorándum N°1059/08.06.2026 de Departamento de Asesoría jurídica del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, Correo Electrónico de Ejecutiva de Caja Los Andes que informa beneficios para afiliados de 50 años en adelante, consulta y respuesta web sobre copias de bonos a Superintendencia de Seguridad Social, consulta y respuesta web sobre clarificación de reembolso de vacunas de fecha 11.09.2026 se determinó en sesión del 15.10.2026 y 05.11.2026 modificación y actualización de requisitos de los diferentes beneficios a otorgar por el Servicio de Bienestar del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, para el año 2026.

TENIENDO PRESENTE: lo dispuesto en el D.F.L. N° 29/2005 del Ministerio de Hacienda, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo; y en el D.F.L. N° 1/2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.F.L. N° 2.763/79, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud; la Resolución N° 36/2024 de la Contraloría General de la República y sus modificaciones posteriores; el Decreto Supremo N° 140/2004 del Ministerio de Salud; el Decreto Afecto N° 26 de fecha 11 de septiembre de 2026 del Ministerio de Salud, el cual faculta expresamente a la Directora del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, quien por razones impostergables de buen servicio, asumirá sus funciones en la fecha indicada en este, sin esperar la total tramitación del citado Decreto de nombramiento.

R E S O L U C I Ó N

ACTUALÍCESE la Resoluciones Exenta N°2542/25.06.2026 que establece los beneficios y ayudas a otorgar por el Servicio de Bienestar del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, año 2026 a contar de la fecha de aprobación de la presente resolución.

FÍJESE los siguientes montos de beneficios y ayudas a otorgar por el Servicio de Bienestar del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, por el

KMAA CAPG CAGB AAÁQ OAOB

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

período comprendido entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2026, y la respectiva reglamentación que regirá estos mismos beneficios.

La cotización de las personas afiliadas activas será de 1,3% de su renta imponible, el aporte institucional será de $15.624, conforme a lo establecido en la Ley N°21.806, de fecha 05 de febrero 2026.
Por su parte, la cotización de las personas afiliadas jubiladas será de 0,2% del total imponible más aporte institucional de $7.102, en conformidad con lo dispuesto en el Decreto Exento 18/2026 que aprueba el Reglamento del Servicio de Bienestar.

DÉJESE ESTABLECIDO, que la recepción de solicitudes de beneficios podrá realizarse de forma presencial o mediante buzón.

Sólo podrán ser recepcionadas vía correo electrónico aquellas solicitudes de personas afiliadas a bienestar que se encuentren con :
- Licencia médica de al menos 15 días;
- Feriado legal de al menos 10 días;
- Sin goce de remuneración;
- Ppersonas afiliadas con suspensión de sus funciones por medida disciplinaria.
- Personas afiliadas jubiladas.

Dichas solicitudes deben contener todos los datos del formulario, además de ser revisadas por trabajador social de bienestar del establecimiento y derivadas vía nómina con visto bueno de la jefatura o subrogante a cargo de la Sección de Bienestar.

El Servicio de Bienestar procederá a devolver las solicitudes de beneficios que no cumplan con los requisitos establecidos en la presente resolución, en el Decreto Supremo N° 28/1994 y en el Decreto exento 18/2026 Reglamento del Servicio Bienestar del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio.

Las solicitudes de beneficio de las y los profesionales de las Secciones de Bienestar de los establecimientos de la red no podrán ser revisadas por ellas mismas, debiendo ser revisadas y firmadas por otra u otro profesional de la Unidad de Bienestar de su establecimiento. De no existir, dará su visto bueno de trabajadora/or social de la oficina de Bienestar de la Dirección del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio.

I. DISPOSICIONES GENERALES

Los beneficios médicos pueden solicitarse desde la fecha de ingreso a Bienestar, siempre y cuando los gastos incurridos sean a partir del primer día de incorporación al Servicio de Bienestar. Los demás beneficios (subsidios, préstamos, facultativos) **se pueden solicitar una vez transcurridos 3 meses desde la afiliación a Bienestar.**

Toda solicitud de reembolso de documentos debe ser acompañada de formulario de solicitud de beneficios, el cual debe ser llenado por la persona afiliada a Bienestar.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

Formulario de Solicitud de Beneficios.

El Formulario de Solicitud de Beneficio debe ser entregado de forma presencial o mediante buzón dispuesto para ello, firmado por la persona afiliada, indicando nombre completo, RUN, teléfono, fecha, establecimiento, datos de la carga familiar y declarar si posee seguro complementario, según corresponda, visado por quien recepciona la documentación y Trabajadora/or Social de su establecimiento. **La entrega presencial o por buzón dependerá de la organización interna de cada oficina de Bienestar de cada establecimiento.**

En el caso del formulario de solicitud de beneficios enviado por correo electrónico, este debe contener el nombre completo, RUN, teléfono, fecha, establecimiento, datos de la carga familiar, y declarar si posee seguro complementario, según corresponda. Se excluye la firma de la persona afiliada a Bienestar en el apartado de la firma, y debe estar visado por quien recepciona la documentación y por Trabajadora/or Social de su establecimiento y adjuntar correo electrónico impreso.

Los documentos presentados de forma digital deben ser enviados en PDF de forma clara y legible. Las personas afiliadas a Bienestar deberán mantener en su poder, hasta por 5 años, los documentos originales para eventuales revisiones futuras, ya que, si en dichas revisiones no pueden mostrar los documentos originales, los beneficios podrían ser rechazados y se podría exigir la devolución de los montos entregados (Res. N° O-01-S-02774-2024 SUSESO).

En caso de que un tercero presente o retire documentos de beneficios en nombre de una persona afiliada a Bienestar, **deberá presentar un Poder Simple.**

Boletas, Facturas, Bono

Las boletas o facturas electrónicas de venta y servicios de prestaciones de instituciones de salud deberán contener identificación del prestador y de la institución que las emite (nombre, RUT), detalle de las prestaciones realizadas, identificación del beneficiario, fecha de emisión y timbre electrónico del SII. En el caso de que el formato de la boleta o factura no contenga los datos solicitados, la persona afiliada a Bienestar deberá presentar detalle o certificado anexo de la compra, que sea legible y cuente con timbre del prestador (identificación del profesional) que respalde dicha transacción, identificación del paciente y fecha de atención.

En caso de pago con tarjeta de débito o de crédito, según disposición del Servicio de Impuestos Internos, publicada en la Resolución N° 5, de 2015, el voucher o comprobante de venta de la tarjeta reemplaza a la boleta de compraventa en papel. En este caso, la persona afiliada a Bienestar deberá presentar detalle o certificado anexo de la compra, que sea legible y cuente con timbre del prestador, que respalde dicha transacción, identificación del paciente y fecha de atención. La cual se especificará en cada ítem de esta resolución.

La boleta de honorarios electrónica, con timbre electrónico del SII, deberá contener identificación del beneficiario (nombre o RUN), identificación del prestador (profesional) e institución que la emite (nombre y RUT). Además, deberá indicar el detalle de la prestación realizada (por ejemplo: número de sesiones).

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

La factura electrónica deberá contener los datos del beneficiario, identificación del prestador (profesional) e institución médica que la emite, y timbre electrónico del SII. Además, deberá indicar el detalle de las prestaciones.

Las boletas deberán mencionar impresa la frase “boleta”, “factura” o “válido como boleta” e indicar el número del documento. No se reembolsarán comprobantes de ingreso de pago.

En el caso de las atenciones de Dipreca o Capredena que presenten descuento de su remuneración por atenciones médicas en esa institución pueden presentar certificado, o detalle de la prestación con respectivo valor para reembolso, considerando que las instituciones de la armada no emiten boletas.

Para las copias de Bono Fonasa descargados directamente de la página web de Fonasa deberán adjuntar los respaldos del pago o en observación de la solicitud de beneficios indicar la situación por Trabajadora Social del Establecimiento, debido a que estos bonos solo reflejan la cobertura de salud publica y no los descuentos de convenios privados al momento del pago.

Detalle de Prestaciones.

Los programas por intervención quirúrgica se desglosan de acuerdo con las prestaciones otorgadas y se imputarán al ítem correspondiente, a excepción de los bonos PAD.

Cualquier tratamiento o procedimiento que comprenda más de una sesión debe indicarse claramente en el documento a presentar.

Seguro de Salud.

En el formulario de solicitud de beneficios deberá declarar si posee seguro complementario.
En caso de tener algún seguro complementario y/o ISAPRE, **se debe reembolsar primero en dicha compañía** y luego en Bienestar. (Art. 29 Decreto exento 18/2026 reglamento del Servicio de Bienestar)

En caso de que la persona afiliada cuente con un seguro complementario de salud y que, en la compra de medicamentos en farmacia, se le entregue una guía de despacho deberá solicitar la boleta o factura en plazos que corresponda con su compañía esta deberá ser detallada.

En el caso de las ISAPRES y/o compañías de seguros que realizan reembolsos electrónicos, el bono impreso debe venir con el timbre electrónico de la respectiva entidad y/o código de barras, y se debe adjuntar boleta electrónica u original que coincida con el número de la boleta reembolsada. Se considerará la fecha de la boleta para realizar bonificación en Bienestar hasta 6 meses.

En el caso de las ISAPRES y/o compañías de seguros que no realicen reembolso de la prestación, se debe adjuntar documento o timbre que indique **“prestación no reembolsable”**.

En caso de que la persona afiliada cuente con un seguro complementario de salud o ISAPRE y estas se demoren en la bonificación o reembolso. La trabajadora social del establecimiento, deberá enviar, mediante memo, todos los antecedentes a la encargada de Bienestar del Servicio

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

de Salud, a fin de que el caso sea presentado en el Consejo Administrativo y se determine si procede el pago del beneficio.

En el caso de las personas afiliadas jubiladas que sean afiliadas a Caja de Compensación, se debe reembolsar primero en dicha institución y luego en Bienestar.

Seguros complementarios:

- En el caso de presentar guía de despacho, debe adjuntar liquidación de reembolso del seguro complementario.
- En el caso de que el seguro este en convenio con la farmacia o centro médico, debe adjuntar el comprobante de venta el cual debe indicar descuento del seguro y voucher de pago.

Vigencia de Documentos y Pagos.

Los documentos presentados a Bienestar tienen una **vigencia de 6 meses**.

Para los bonos de atención y boletas de honorarios, se considerará la fecha de emisión del documento.

Para las boletas por adquisición de medicamentos u otros, se considerará la fecha de compra.

Todos los documentos presentados en Bienestar deben ser originales, con excepción de disposiciones específicas detalladas en esta resolución.

Los documentos enviados de forma digital por correo electrónico deben ser en formato PDF, completos (sin cortes) y debe visualizarse número de folio o número de boleta, valor, fecha, código de la prestación y detalle, según corresponda.

Todo documento presentado debe ser legible, sin enmendaduras y sin manchas.

Es responsabilidad de la persona afiliada a Bienestar completar el formulario con la fecha de entrega en la oficina de Bienestar, la cual no podrá exceder 5 días corridos desde la entrega de la solicitud. En caso de exceder dicho plazo, deberá completar un nuevo formulario.

Es responsabilidad de la persona afiliada revisar el módulo de autoconsulta para verificar la fecha de pago de beneficios (el depósito estará operativo en el banco 72 horas posteriores a la fecha indicada en el módulo de autoconsulta).

Es responsabilidad de la persona afiliada a Bienestar realizar el cobro de su beneficio por modalidad “cash” en un plazo máximo de 60 días desde la fecha de emisión y el cambio o actualización de la cuenta bancaria. En caso de caducidad por no cobro de pago cash o rechazo por cuenta cerrada el nuevo pago será emitido de acuerdo con los tiempos de espera y carga de trabajo de Contabilidad de Bienestar del SSVSA.

Los beneficios se pagarán a la persona afiliada a Bienestar en modalidad “cash” o depósito, según corresponda.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

Vigencia de Resolución y Controles.

Durante la vigencia de esta resolución, se podrán efectuar controles y/o revisiones selectivas a beneficios entregados.

En caso de que, durante la revisión realizada por las y los Trabajadoras/es Sociales de los Bienestares Locales o del Bienestar del SSVSA, se descubra alguna anomalía o situación dudosa, se presentará el caso al Consejo Administrativo de Bienestar, independiente de las acciones legales y/o administrativas que se deban realizar.

En caso de que, durante la revisión de beneficios, exista duda sobre la pertinencia de un reembolso, se consultará a la Unidad Jurídica del SSVSA o a la SUSESO, a la espera de indicación.

Para dar cumplimiento al cierre contable y presupuestario, las solicitudes de beneficios y subsidios serán recibidas en Bienestar hasta el 31 de diciembre de 2026, para ser reembolsadas con el presupuesto del año en curso.

Se sugiere que, en el mes de diciembre, solo se presenten las solicitudes de atención médica realizadas durante ese mes, y que todas aquellas prestaciones que tengan vigencia de 6 meses sean presentadas hasta el 30 de noviembre de 2026.

Todas las solicitudes de préstamos serán recibidas en Bienestar Central hasta el 18 de diciembre de 2026, para ser pagadas con el presupuesto del año en curso.

Responsabilidades como persona Afiliada del Servicio de Bienestar.

Corresponderá a la persona afiliada:

- Conocer las normativas que regulan el funcionamiento del Servicio de Bienestar y cumplir con los requisitos establecidos en la presente resolución para la solicitud de beneficios, subsidios, préstamos y facultativos.

- Dar estricto cumplimiento a los plazos de postulación a beneficios y a toda la información y requisitos que establezca y comunique el Servicio de Bienestar.

- Mantener actualizada la modalidad de pago (cash o depósito) en el Servicio de Bienestar y el número de cuenta bancaria, en los casos que corresponda.

- **Mantener actualizada su información personal (dirección, teléfono, correo electrónico, cargas familiares) en Subdepartamento de Personal o simil de su establecimiento.**

- **Revisar mensualmente, en su liquidación de remuneraciones, los descuentos por concepto de cotización de Bienestar, cuotas por préstamos o casas comerciales. En caso de no presentarse el descuento, deberá comunicarse de inmediato con él o la Trabajador(a) Social de su establecimiento, a fin de regularizar la situación.**

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

- Revisar sus cartolas bancarias para verificar los depósitos realizados por el Servicio de Bienestar por concepto de reembolsos de beneficios.

- Conocer sus saldos de beneficios antes de presentar documentos para bonificación en el Servicio de Bienestar, para lo cual deberá consultar en la oficina de Bienestar de su establecimiento o en el módulo de autoconsulta de SIRH.

Cuando la persona afiliada se encuentre con permiso sin goce de remuneraciones, continuará teniendo la calidad de funcionaria(o) y pertenecerá al Servicio de Bienestar. En consecuencia, deberá efectuar el pago de las cuotas respectivas mediante depósito o transferencia bancaria en la cuenta del Servicio de Bienestar y presentar copia del comprobante de pago a la persona encargada de Bienestar de su establecimiento, ya sea de forma presencial o por correo electrónico.

Cuando la persona afiliada se encuentre con permiso sin goce de remuneraciones por días o períodos breves, y se genere una diferencia en la cuota mensual de Bienestar, deberá enterar dicha diferencia mediante transferencia bancaria o descuento por remuneraciones, al mes siguiente de aquel en que la diferencia se produzca.

En el formulario de solicitud de beneficios deberá indicarse el número de teléfono particular y/o correo electrónico personal de la persona afiliada, para efectos de contacto y notificación.

Las cargas familiares se activarán y validarán exclusivamente en la oficina de personal del establecimiento, quedando automáticamente registradas en el Sistema de Bienestar, unidad facultada únicamente para el trámite de beneficios. Será responsabilidad de la persona afiliada mantener sus cargas familiares activas con anterioridad a la presentación de solicitudes de beneficios. En el caso de las personas afiliadas jubiladas, dicha gestión será realizada por la trabajadora social de la Dirección del Servicio de Salud.

Las personas afiliadas activas que tengan cargas familiares entre 18 y 24 años de edad que se encuentren estudiando, deberán actualizar sus registros en los meses de marzo y septiembre de cada año en la oficina de personal de su establecimiento.

Las personas afiliadas jubiladas que tengan cargas familiares entre 18 y 24 años de edad que se encuentren estudiando, deberán actualizar sus registros en los meses de marzo y septiembre de cada año en su AFP, compañía de seguros o IPS. Posteriormente, con el certificado de acreditación de cargas familiares, deberán presentarlo a la trabajadora social de DSS y Jubilados para su registro en SIRH.

En el caso de las cargas familiares que cumplan 24 años de edad, deberá dar cumplimiento a lo indicado en el inciso segundo del artículo 11 del DFL N.° 150, que establece que la asignación familiar causada por los hijos se pagará hasta el 31 de diciembre del año en que cumplan los 18 o 24 años de edad, según corresponda.

Afiliación.

Las y los funcionarios que realicen su solicitud de incorporación a Bienestar deberán cumplir los siguientes criterios:

- Tener la calidad de relación laboral de **Contrata o Titular**.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

- Las y los exfuncionarios que hayan jubilado siendo parte de la institución y que deseen pertenecer al Servicio de Bienestar deberán presentar solicitud de incorporación, adjuntando copia de la colilla de pago del último mes de pensión recibida.

- **En el caso de funcionarios/as con contratos cortos, se solicitará a los Subdepartamentos de Personal o Jefatura Directa del establecimiento un certificado que indique continuidad laboral, de uso exclusivo del Servicio de Bienestar**.

- Las incorporaciones a Bienestar deben ser visados por el Consejo Administrativo de Bienestar, instancia que aprobará o denegará la solicitud en la sesión más próxima y definirá la fecha de ingreso a Bienestar.

Permanencia.

Los funcionarios y funcionarias que hayan jubilado siendo afiliados y afiliadas activos del Servicio de Bienestar del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio y deseen mantener su continuidad en él podrán manifestarlo por escrito y, desde esa oportunidad y hasta que adquieran dicha calidad, mantendrán en suspenso sus derechos como afiliados y afiliadas, los que se ejercerán plenamente a contar desde la fecha a partir de la cual se conceda la jubilación, pudiendo percibir retroactivamente los beneficios que correspondan, siempre que efectúen la cotización retroactiva por el periodo en que se mantuvieron en suspenso sus derechos. Las personas jubiladas que no hubieren optado por mantener su continuidad podrán afiliarse en cualquier tiempo. (articulo 4, decreto exento N°18/2026 Reglamento del Servicio Bienestar)

En este contexto, las personas afiliadas a Bienestar que se encuentren en proceso de jubilación podrán solicitar su permanencia en el Servicio de Bienestar mediante una **"Carta de Permanencia de Bienestar"**, que debe ser solicitada en las oficinas de Bienestar de cada establecimiento.

Desafiliación.

Se perderá la calidad de persona afiliada por las siguientes causales:

- Por dejar de pertenecer a la institución de la cual depende el Servicio de Bienestar, con excepción de las personas jubiladas que presenten carta de permanencia en Bienestar manifestando su continuidad.

- Por desafiliarse del Servicio de Bienestar de **forma voluntaria**, para lo cual deberá **presentar carta de renuncia y tener sus cuotas saldadas** de aporte mensual, cuotas de préstamos y casas comerciales a la fecha de la misma. Las renuncias a Bienestar pueden ser aprobadas o denegadas por el Consejo Administrativo de Bienestar, en la sesión más próxima.

- Por expulsión de Bienestar ante situaciones presentadas al Consejo de Bienestar por uso inadecuado de los beneficios.

- **Por no pagar tres cuotas del aporte de Bienestar**. En el caso de las personas afiliadas, se les notificará mensualmente por correo electrónico y/o telefónicamente; de no obtenerse respuesta, se presentará el caso al Consejo Administrativo de Bienestar para su desafiliación por cuotas impagas.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

Reincorporación.

Se podrá solicitar la reincorporación al Servicio de Bienestar, en caso de renuncia voluntaria o expulsión, transcurrido un año desde la desvinculación. Dicha solicitud deberá presentarse por escrito. El Consejo Administrativo de Bienestar, mediante acuerdo adoptado por los dos tercios de sus integrantes, podrá denegar la afiliación cuando la persona solicitante hubiere sido expulsada del Servicio de Bienestar.

Se podrá solicitar, asimismo, la reincorporación al Servicio de Bienestar cuando la desafiliación se haya producido por cuotas impagas. En este caso, la persona interesada deberá presentar una carta dirigida al Consejo Administrativo de Bienestar, el cual podrá aceptar o rechazar la solicitud. En caso de aceptación, la persona deberá pagar íntegramente la deuda contraída con el Servicio de Bienestar y enterar las cuotas pendientes hasta el momento de su reincorporación.

En cuanto al pago de lo adeudado, el artículo 13 del Reglamento General de los Servicios de Bienestar dispone que: “las personas que dejan de tener la calidad de afiliadas al Servicio de Bienestar deberán efectuar el pago de las deudas pendientes con él en la forma y condiciones que determine el consejo. En ningún caso podrán alterarse las condiciones financieras estipuladas en los convenios que tales personas hayan celebrado con el Servicio de Bienestar para la obtención de beneficios respectivos”

Tanto la afiliación, desafiliación, reincorporación del Servicio de Bienestar son voluntarias y operan desde la fecha de su aprobación por el Consejo Administrativo. Para proceder a desafiliarse la persona debe tener sus cuotas al día y redactar una carta dirigida al Consejo Administrativo de Bienestar.(articulo 6, decreto exento N°18/2026 Reglamento del Servicio de Bienestar)

II. BENEFICIOS MÉDICOS

Los porcentajes de reembolso de los beneficios se entenderán referidos al arancel fijado para la modalidad de libre elección de la Ley N° 18.469, refundida por el D.F.L. N° 1, de 2006, del Ministerio de Salud. Respecto de las prestaciones que no se encuentren consideradas en dicho arancel, el porcentaje de la ayuda se aplicará sobre el valor real de la prestación, no pudiendo exceder el monto del beneficio del tope máximo que hubiere fijado el Consejo Administrativo de Bienestar. (Res.Exenta N° O-01-S-02774-2024 SUSESO).

El Servicio de Bienestar otorgará una bonificación equivalente a un porcentaje del total del nivel 1 del arancel FONASA, respecto de los gastos en que incurra la persona afiliada o sus cargas familiares vigentes y reconocidas por la institución, por los siguientes conceptos:

Se entenderá por causante de carga legal aquellos casos en que, respecto de la persona afiliada a Bienestar, se cumplan las calidades y requisitos exigidos por el D.L. N° 3.500 y/o los casos definidos por la Contraloría General de la República para ser causante de asignación familiar, la perciban o no. Este trámite deberá ser realizado por la persona afiliada en las oficinas de personal de su establecimiento, dentro de los plazos establecidos.

En el caso de las personas afiliadas jubiladas, dicha gestión será realizada por él o la Trabajadora Social de la Dirección del Servicio de Salud, según apartado de responsabilidades del afiliado establecido en disposiciones generales de la presente resolución.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

1. **CONSULTA MÉDICA o TELEMEDICINA, INTERCONSULTA Y JUNTA MÉDICA:**
   Las prestaciones de salud se bonificarán con un tope anual de $ **170.000 pesos.**

DETALLE DE REEMBOLSOS	**% de Bonificación**
Prestaciones de Salud con código FONASA	
Consulta electiva	46% del total del nivel 1 FONASA
Atención médica diaria paciente hospitalizado	52% del total del nivel 1 FONASA
Consultas de Especialidades (excepción de psiquiatría)	70% del total del nivel 1 FONASA
Asistencia Cardiológica, cirugía no cardiaca, atención médica del recién nacido en sala de parto o pabellón	77% del total del nivel 1 FONASA
Hospitalizado en interconsulta.	101% del total del nivel 1 FONASA
Consulta médica particular	120% del total arancel Fonasa
Consulta psiquiatría (1ra consulta según arancel Fonasa, consignada en boleta o bono)	126 % del total arancel Fonasa
Prestaciones de Salud sin código FONASA	50% del gasto efectuado.

Documentación Requerida:

Para la tramitación del beneficio, la persona afiliada deberá presentar la siguiente documentación:

- Formulario de solicitud de beneficios, debidamente completado y firmado, acompañado del bono, boletas y/o facturas, según los requisitos establecidos en las disposiciones generales.

- Boletas o facturas electrónicas de venta y servicios emitidas por instituciones o prestadores de salud, que contengan:
- Identificación del prestador y de la institución emisora (nombre y RUT).
- Detalle de las prestaciones realizadas.
- Identificación del beneficiario.
- Fecha de emisión.
- Timbre electrónico del SII.

En caso de que el formato de la boleta o factura no contenga todos estos datos, la persona afiliada deberá presentar un detalle o certificado anexo de la compra, que sea legible y cuente con timbre del prestador (identificación del profesional), que respalde la transacción, identificación del paciente y fecha de atención.

- Copia del bono debidamente emitido por FONASA, ISAPRE, CAPREDENA o DIPRECA. Los bonos electrónicos deberán incluir, al menos:

- Código de barras.
- Fecha de emisión.
- Nombre del beneficiario.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

- Identificación del profesional o institución médica prestadora.

- En caso de atención recibida en CAPREDENA o DIPRECA, se deberá adjuntar, además, la boleta correspondiente.

- En el caso de bonos FONASA adquiridos en Caja Vecina, estos deberán indicar claramente:

  - Código FONASA.
  - Fecha de emisión.
  - Nombre del beneficiario y su RUT.
  - Nombre del prestador.

- En el caso de boletas y facturas, deberá indicarse expresamente la prestación realizada, la identificación del profesional que la otorga y la identificación del paciente.

Cuando las especialidades médicas no se encuentren registradas en la Superintendencia de Salud, la prestación se bonificará como consulta médica particular electiva.

2. INTERVENCIÓN QUIRURGICA:

Las prestaciones de salud se bonificarán con un tope al año de **$350.000 pesos.**

DETALLE DE REEMBOLSOS	**% de Bonificación**
Prestaciones de Salud con código FONASA	1018% del total del nivel 1 FONASA
Prestaciones de Salud sin código FONASA	100% del gasto efectuado.

Documentación Requerida:

- Formulario de solicitud de beneficios, acompañado de bono, boletas y/o facturas, según los requisitos establecidos en las disposiciones generales.

- Programa con detalle de las prestaciones realizadas, excepto en el caso de bono PAD.

- Copia del programa FONASA o ISAPRE, con sus respectivos bonos, los que deberán presentarse con timbre original del prestador e identificación del profesional y de la institución prestadora.

- Las boletas y bonos deberán coincidir con el detalle y el valor total de la cuenta de intervención quirúrgica.

- Las salas de procedimiento pabellón para prestaciones médicas o dentales serán consideradas en este ítem.

- **En caso de cirugías que puedan considerarse de carácter estético o preventivo, se deberá adjuntar certificado médico de intervención quirúrgica que indique expresamente que esta fue realizada para la recuperación de la salud.**

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

3. HOSPITALIZACIÓN:
Esta prestación de salud se bonificará con un tope al año de **$210.000 pesos.**

DETALLE DE REEMBOLSOS	% de Bonificación
Prestaciones de Salud con código FONASA	5636% del total del nivel 1 FONASA
Prestaciones de Salud sin código FONASA	100% del gasto efectuado.

Documentación Requerida:

- Formulario de solicitud de beneficios, acompañado de bono, boletas y/o facturas, según los requisitos establecidos en las disposiciones generales.

- Copia del programa FONASA o ISAPRE, con sus respectivos bonos, los que deberán presentarse con timbre original del prestador e identificación del profesional o de la institución prestadora.

- En el caso de pago por diferencias de prestaciones, deberán adjuntarse boletas o facturas que acrediten dicho pago, junto con el detalle de la prestación realizada, tratándose de montos cancelados directamente al prestador y que no hayan sido bonificados por FONASA o ISAPRE.

4. ITEM 4: Se omitió debido a la aplicación de resoluciones antiguas, en las cuales solo se consideraba el ítem “exámenes” para su clasificación.

5. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA:

Todas las prestaciones de salud odontológicas, incluidas radiografías simples y/o panorámicas, se bonificarán hasta un tope anual de **$300.000 pesos**

Importante: en todos los tratamientos odontológicos deberá adjuntarse un detalle de prestaciones que coincida con la boleta o voucher correspondiente.

DETALLE DE REEMBOLSOS	% de Bonificación
Prestaciones de Salud con código FONASA	70% del total del nivel 1 FONASA
Prestaciones de Salud sin código FONASA	70% del gasto efectuado

Documentación Requerida:

Para la tramitación de beneficios odontológicos, la persona afiliada deberá presentar la siguiente documentación:

- Formulario de solicitud de beneficios, acompañado de bono, boletas y/o facturas, según los requisitos establecidos en las disposiciones generales.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

- Factura, boleta de servicios o de honorarios que contenga el detalle de la prestación. En caso de que el formato de la boleta o factura no contenga los datos requeridos, la persona afiliada deberá presentar un detalle o certificado anexo de la compra, legible y con identificación del profesional (nombre completo o RUN) el cual puede estar consignado de forma digital o timbre, que respalde la transacción, identifique al paciente e indique la fecha de atención.

- En el caso de boletas o facturas por radiografías dentales, estas deberán contener el detalle de la prestación, fecha y nombre del paciente en la boleta, detalle u orden.

- En caso de pago con tarjeta de débito o de crédito, según disposición del Servicio de Impuestos Internos, publicada en la Resolución N° 5, de 2015, el voucher o comprobante de venta de la tarjeta reemplaza a la boleta de compraventa en papel. En este caso, la persona afiliada a Bienestar deberá presentar detalle o certificado anexo de la compra, que sea legible y que respalde dicha transacción con identificación del paciente y fecha de atención.

- En caso de contar con seguro complementario, el reembolso deberá gestionarse en primer lugar en la institución aseguradora.

- Las prestaciones que, al momento de su revisión, presenten inconsistencias en la información detallada, ya sea provenientes de FONASA, ISAPRES o particulares, deberán ser derivadas a la Contraloría Dental del SSVSA.

- Las radiografías y urgencias odontológicas no requerirán presupuesto.

- En caso de prótesis u otros trabajos realizados por laboratoristas dentales, deberá acompañarse la boleta con la orden del odontólogo, indicando el procedimiento a efectuar.

- Se bonificarán pastas dentales, enjuagues bucales y adhesivos dentales para prótesis y tratamientos dentales que sean específicos para tratamiento odontológico, debiendo señalarse cantidad y duración del tratamiento. Estos productos deberán ser prescritos por odontólogo.

Toda receta simple o emitida por institución pública deberá contener, en forma clara y legible, según lo establecido en la Guía de Buenas Prácticas de Prescripción (MINSAL, 2010):

a) Datos del prescriptor: nombre, profesión y domicilio o centro de salud (impresos).
b) Firma y RUT del prescriptor.
c) Fecha de emisión, clara y sin enmiendas.
d) Nombre completo e identificación clara del paciente.
e) Detalle de medicamentos y/o productos y cantidades recetadas.
f) Nombre del medicamento prescrito (nombre de fantasía, bioequivalente y/o genérico).
g) Indicaciones: instrucciones al paciente sobre forma de administración, duración del tratamiento y frecuencia de uso.

- En el caso de personas mayores de 55 años que presenten boletas de ventas de servicios y facturas por prótesis removibles, deberán solicitar primero el reembolso en FONASA.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

Las boletas de honorarios por prótesis dentales removibles no son reembolsadas por FONASA, por lo que deberán presentarse directamente en el Servicio de Bienestar.

- En el caso de prótesis dental removibles, para las personas mayores de 50 años afiliados a Caja Los Andes deben reembolsar primero dicha institución y posteriormente en el servicio de bienestar.

- De acuerdo con el dictamen N° 6272-2019 de la SUSESO, la atención odontológica comprende las radiografías dentales y todos los procedimientos indicados por el odontólogo.

- No se reembolsarán procedimientos dentales de carácter estético (por ejemplo, blanqueamiento dental).

6. MEDICAMENTOS:

Todas las prestaciones se bonificarán con un tope al año de **$260.000 pesos**

DETALLE DE REEMBOLSOS	% de Bonificación
Receta de Medicamentos	80% del gasto efectuado

Documentación Requerida:

- Formulario de solicitud de beneficios, acompañado de bono, boletas y/o facturas, según los requisitos establecidos en las disposiciones generales.

- De acuerdo con lo dispuesto en el Decreto N° 466/1985, artículo 38, la receta podrá ser gráfica o electrónica.

- **Toda receta deberá contener, en forma clara y legible, según lo establecido en la Guía de Buenas Prácticas de Prescripción (MINSAL, 2010):**

a) Datos del prescriptor: nombre, profesión y domicilio o centro de salud, los que deberán figurar **impresos o timbrados** (Decreto N° 466/1985, artículo 38).
b) Firma y RUT del prescriptor.
c) Fecha de emisión, clara y sin enmiendas.
d) Nombre completo e identificación clara del paciente.
e) Detalle de medicamentos y/o productos, y cantidades recetadas.
f) Nombre del medicamento prescrito (nombre de fantasía, bioequivalente y/o genérico).
g) Indicaciones: instrucciones al paciente sobre forma de administración, duración del tratamiento (días) y frecuencia de uso.

- En el caso de recetas emitidas por instituciones de salud, estas deberán contener la identificación clara del profesional que realizó la prestación, con RUT y firma al pie del documento.
- En el caso de recetas de prestadores particulares que contengan los datos señalados en el membrete o timbre, se validará únicamente la firma del profesional.

- En caso de recetas retenidas en farmacia, se aceptará copia clara y legible, debidamente timbrada con la frase “RECETA RETENIDA” o firmada por el químico farmacéutico, con su nombre y RUT, salvo en el caso de la receta electrónica del Ministerio de Salud con código de barras.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

- Las recetas permanentes compradas en farmacias con convenio FONASA deberán acompañarse del formato “copia de receta” e identificación del químico farmacéutico.

- En caso de pago con tarjeta de débito o de crédito, según disposición del Servicio de Impuestos Internos, publicada en la Resolución N° 5, de 2015, el voucher o comprobante de venta de la tarjeta reemplaza a la boleta de compraventa en papel. En este caso, la persona afiliada a Bienestar deberá presentar detalle o certificado anexo de la compra, que sea legible y que respalde dicha transacción.

- La boleta o factura deberá contener, de forma **legible y sin enmiendas**, la fecha de emisión, el detalle de los medicamentos adquiridos y su valor correspondiente.

- **Se deberá procurar que la boleta coincida con los medicamentos indicados en la receta, es decir, que contenga solo los medicamentos señalados en ella.**

- Los medicamentos utilizados durante una hospitalización en extrasistema deberán detallarse con nombre y valor en la planilla de detalle de cuenta del paciente.

- **En los casos en que se presenten recetas institucionales correlativas con fechas anteriores o posteriores al número correlativo, estas no serán pagadas y se informará la situación al Consejo de Bienestar para la adopción de medidas.**

- **Cada vez que se presente una solicitud de reembolso de medicamentos con prescripción mediante recetas institucionales, la receta deberá ser emitida por el médico de personal del establecimiento. Cuando las recetas institucionales sean emitidas por profesionales de otros servicios o unidades de la red del SSVSA, la persona afiliada deberá adjuntar obligatoriamente el documento de hora médica o citación médica, en formato físico o digital (por ejemplo, mensaje de WhatsApp de CESFAM u hospitales).**

- En el caso de las personas que se encuentren con Hospitalización domiciliaria y presenten receta institucional, no se requerirá el comprobante de citación médica.

- Para el caso de las recetas de urgencia o DAU con compra en el extra sistema se reembolsará en este ítem y no en urgencia. Considerando que la atención DAU posee datos confidenciales como diagnóstico e indicaciones del tratamiento, la persona podrá tachar esta información dejando disponible la identificación del profesional tratante, paciente y medicamentos indicados.

- En el caso de hospitalización donde sólo se genere la epicrisis se considerará este documento para la solicitud de reembolso de medicamentos, la cual debe contener la identificación del paciente y profesional.
- Cuando la receta no señale el periodo de tratamiento en unidad de tiempo y se indique con expresiones como uso crónico, uso permanente y otras similares, las dispensaciones parciales o periódicas podrán realizarse hasta cumplido un año desde la fecha de emisión de la receta.
    - Se aceptará fotocopia legible de receta médica solo cuando el facultativo indique explícitamente su uso permanente o continuo, en cuyo caso tendrá validez de 12 meses desde la fecha de emisión.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

- Se bonificarán medicamentos indicados en receta cheque, para lo cual se e aceptara respetiva fotocopia.
- Se reembolsarán recetas magistrales, para lo cual debe tener identificación del paciente, posología e identificación del profesional.

- No se reembolsarán productos que no se encuentren registrados en el Instituto de Salud Pública (ISP).
- Para los medicamentos indicados en receta cheque debe presentar copia e indicar la identificación clara del paciente, medicamento, cantidad e identificación del médico y fecha de emisión.

- Se bonificarán productos dermatológicos para uso terapéutico siempre que su prescripción sea realizada por un dermatólogo o, en aquellos lugares donde no existan estos especialistas, por otro médico con indicación, siempre que se encuentre correctamente fundamentada la indicación del producto. (dictamen 18583-2013)

- Los médicos generales y/o médicos familiares podrán prescribir productos dermatológicos en primera instancia, tratamiento; para la continuidad del tratamiento se deberá contar con indicación de un especialista dermatólogo o pediatra, según corresponda.

- Los anticonceptivos serán bonificados cuando sean prescritos por un facultativo, quien deberá certificar en la receta que estos se utilizan como tratamiento de terapia hormonal.

- Los Servicios de Bienestar podrán reembolsar los medicamentos que formen parte de un tratamiento hormonal de una persona transgénero (Dictamen N° 2851-2021).

- Vitaminas y suplementos alimenticios: bastará con que estén indicados por el médico en la receta, sin que sea necesario consignar el diagnóstico, por lo que se reembolsarán tanto para tratamientos preventivos como para la recuperación de la salud. Esta disposición será aplicable a las solicitudes de beneficios presentadas desde el 27 de agosto de 2025, de acuerdo con la Circular N° 3877/2025.

- **Vacunas: desde el año 2016 se aplica el dictamen de SUSESO, Oficio N° 48.579/2011, el cual señala que el artículo 15 del D.S. N° 28 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que regula los conceptos médicos susceptibles de reembolso, dispone en su letra f) "medicamentos", entendidos como aquellos destinados a restablecer la salud de la persona afiliada, calidad que no poseen las vacunas, razón por la cual no corresponde su reembolso.**

- **Los medicamentos comprados con un seguro asociado que emita guía de despacho deberán adjuntar liquidación de reembolso del seguro complementario.**

- **En el caso de que el seguro este en convenio con la farmacia o centro médico, debe adjuntar el comprobante de venta el cual debe indicar descuento del seguro y voucher de pago.**

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

7. TRATAMIENTO ESPECIALIZADO POR PROFESIONAL MÉDICO:

Las prestaciones de salud se bonificarán con un tope al año de **$200.000 pesos.**

DETALLE DE REEMBOLSOS	% de Bonificación
Prestaciones de Salud con código FONASA	100% del total del nivel 1 FONASA
Prestaciones de Salud sin código FONASA	70% del gasto efectuado
Psiquiatría	126% del total del nivel 1 FONASA

Documentación Requerida:

- Formulario de solicitud de beneficios, acompañado de bono, boletas y/o facturas, según los requisitos establecidos en las disposiciones generales.
- Las boletas o facturas deberán indicar la prestación realizada, la identificación del profesional que la otorga y la identificación del paciente.

- En atenciones de alto costo deberá adjuntarse el detalle de las prestaciones realizadas.

- Se sugiere no adjuntar epicrisis.

- En el caso de boletas emitidas por psicopedagogos, estas podrán considerarse como parte del trabajo de apoyo médico, siempre que exista diagnóstico e indicación de tratamiento y se cuente con derivación médica. Los psicopedagogos deberán estar inscritos en el Registro de Profesionales de Educación Especial del Ministerio de Educación para participar en evaluaciones y diagnósticos de necesidades educativas especiales asociadas a déficit atencional con o sin hiperactividad o trastorno hipercinético (Dictamen N° 35156-2012).

- Respecto de la vacuna sublingual como medicamento o tratamiento médico, el criterios es que las vacunas son objeto de reembolso existiendo una prescripción médica para su uso. (O-01-S-00974-2026) . Las vacunas prescritas por el médico son reembolsables, aunque no formen parte del Programa Nacional de Inmunizaciones.

- Se reembolsarán hemoglucotest y cintas de control de insulina para afiliados con diabetes, los cuales deben ser indicados por médico en la respectiva receta. (O-01-S-00974-2026)

- En los tratamientos de psiquiatría, las boletas y facturas deberán contener la identificación clara del profesional, quien deberá estar acreditado en la Superintendencia de Salud o demostrar su especialidad. En caso de no encontrarse registrada la especialidad, la atención se reembolsará como consulta médica particular electiva.

8. CONSULTA Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO EFECTUADO POR PERSONAL PROFESIONAL NO MÉDICO O TÉCNICO AUTORIZADO DE COLABORACIÓN MÉDICA:

Las prestaciones de salud se bonificarán con un tope al año de **$250.000 pesos.**

DETALLE DE REEMBOLSOS	% de Bonificación

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

Prestaciones de Salud con código FONASA	100% del total del nivel 1 FONASA
Prestaciones de Fonoaudiología	250% del total del nivel 1 FONASA
Prestaciones Terapia Ocupacional	220% del total del nivel 1 FONASA
Prestaciones Kinesiología	100% del total del nivel 1 FONASA
Consulta Nutricionista	115% del total del nivel 1 FONASA
Consulta Psicología	150% del total del nivel 1 FONASA
Prestaciones de Salud sin código FONASA	70% del gasto efectuado
Podólogo	60% del gasto efectuado

Documentación Requerida:

- Formulario de solicitud de beneficios, bono, boletas y facturas, de acuerdo con los requisitos establecidos en las disposiciones generales.

- Las boletas y facturas deben indicar el tipo de prestación, la identificación del profesional y la identificación del paciente.

- En caso de presentar bonos, boletas de prestación de servicios, boletas de honorarios o facturas de profesionales no médicos (kinesiólogo/a, psicólogo/a, matrona, fonoaudiólogo/a, podólogo/a, nutricionista, terapeuta ocupacional, quiropráctico/a), se deberá adjuntar orden médica de derivación con una vigencia máxima de 12 meses. En caso de que la derivación se emita mediante documento institucional, se deberá acompañar copia de la hora o citación médica, a excepción de las atenciones realizadas por médico del personal.

- Tratándose de pacientes con Trastorno del Espectro Autista, hay que considerar que una evaluación diagnóstica adecuada involucra a un equipo multidisciplinario que necesariamente incluye las especialidades de neurología, psiquiatría, psicología, fonoaudiología y terapia ocupacional. Una vez hecho el diagnóstico, 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 psicología, fonoaudiología, psicopedagogía, terapia ocupacional u otro que indique. Este certificado sirve de documento de respaldo para reembolsar las atenciones con los especialistas indicados, sin necesidad que haya una derivación para cada consulta.(dictamen 3498-2022). Por lo tanto el Servicio de Bienestar debe aceptar el plan del tratamiento del especialista como respaldo, lo cual permite que la vigencia de la indicación se extienda conforme a lo que el medico tratante determine, eximiendo al afiliado la renovación anual de la derivación mientras el plan se mantenga vigente.

- **Cada vez que la persona afiliada presente boletas de profesionales de colaboración médica, deberá adjuntar la copia de la derivación correspondiente.**

- Los prestadores deberán estar acreditados por la Superintendencia de Salud.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

- Para que las consultas psicológicas puedan ser reembolsadas, la primera derivación podrá ser efectuada por un médico general o de cualquier otra especialidad, sin que sea requisito que la realice un médico psiquiatra (O-01-S-00018-2025 SUSESO). Se deberá adjuntar copia de la derivación junto al bono, boleta o factura. En caso de que la derivación se emita mediante documento institucional, se deberá acompañar copia de la hora o citación médica. a excepción de las atenciones realizadas por médico del personal.

- En el marco de la medicina complementaria, será posible reembolsar tratamientos de acupuntura, homeopatía y naturopatía, siempre que el prestador se encuentre acreditado por la Superintendencia de Salud y se adjunte orden médica.

- No se bonificarán tratamientos de aromaterapia, vaporizaciones faciales ni similares, medicina china, reiki, flores de Bach ni sus respectivas recetas.

9. APARATOS ORTOPEDICOS, PROTESIS Y ORTESIS:

Se bonificará con un tope al año de **$130.000 pesos.**

DETALLE DE REEMBOLSOS	**% de Bonificación**
Prestaciones de Salud con código FONASA	2200% del total del nivel 1 FONASA
Prestaciones de Salud sin código FONASA	50% del gasto efectuado
Calzado Ortopédico, calcetines y medias de compresión	50% del gasto efectuado

Documentación Requerida:

- Formulario de solicitud de beneficios, bono, boletas y facturas, de acuerdo con los requisitos establecidos en las disposiciones generales.

- En el caso de personas afiliadas a FONASA o ISAPRE, el reembolso deberá solicitarse en primer término en dicha entidad.

- Las boletas o facturas deberán indicar la prestación realizada, la identificación del profesional y la identificación del paciente.

- En caso de utilizar sensor continuo de glucosa, el reembolso deberá gestionarse previamente en FONASA o ISAPRE.

- Toda receta simple o emitida por una institución pública deberá contener, en forma clara y legible, según la Guía de Buenas Prácticas de Prescripción (MINSAL, 2010):

    a) Datos del prescriptor: nombre, profesión y domicilio o centro de salud (impresos).
    b) Firma y RUT del prescriptor.
    c) Fecha de emisión, clara y sin enmiendas.
    d) Nombre completo e identificación clara del paciente.
    e) Detalle del producto indicado.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

Cuando la receta no señale el periodo de tratamiento en unidad de tiempo y se indique con expresiones como uso crónico, uso permanente y otras similares, las dispensaciones parciales o periódicas podrán realizarse hasta cumplido un año desde la fecha de emisión de la receta.

10. ATENCIÓN OBSTÉTRICA:

Las prestaciones de salud asociadas al parto o cesárea se bonificarán con un tope al año de **$200.000 pesos.**

DETALLE DE REEMBOLSOS	% de Bonificación
Prestaciones de Salud con código FONASA	1087% del total del nivel 1 FONASA
Prestaciones de Salud sin código FONASA	100% del gasto efectuado.

Documentación Requerida:

- Formulario de solicitud de beneficios, acompañado de bono, boletas y/o facturas, según los requisitos establecidos en las disposiciones generales.
- Copia del programa FONASA o ISAPRE, con sus respectivos bonos, cuando proceda, con timbre original del prestador e identificación del profesional o de la institución prestadora, excepto en el caso de boletas y bonos electrónicos.
- Se reembolsará el Bono PAD Parto.

11. ADQUISICION DE LENTES ÓPTICOS:

Se otorgará este reembolso **de lentes ópticos o de contacto óptico** para la persona afiliada y cada una de sus cargas familiares vigentes, una vez cada 12 meses contado desde la última fecha en que se reembolsó el beneficio por lentes.

Tipo de Lentes	Tope de Bonificación
Lentes ópticos o de contacto ópticos	Hasta $150.000 pesos.

Documentación Requerida:

- Formulario de solicitud de beneficios, acompañado de bono, boletas y/o facturas, según los requisitos establecidos en las disposiciones generales.
- Receta médica que contenga la identificación del profesional (nombre, RUT o timbre), la identificación del beneficiario (nombre o RUT) y la indicación del lente a adquirir. La receta podrá ser extendida por oftalmólogo o por tecnólogo médico con especialidad en oftalmología, acreditados ante la Superintendencia de Salud.
- La receta para lentes ópticos tendrá una vigencia de 12 meses contados desde su fecha de emisión.
- Al adquirir los lentes, deberá acompañarse la receta y la boleta, las que deberán indicar el nombre del beneficiario y el detalle de la prestación.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

- En el caso de personas afiliadas a ISAPRE, el reembolso deberá solicitarse primero en la respectiva institución.

- En el caso de personas mayores de 55 años afiliadas a FONASA, el reembolso deberá solicitarse primero en dicha institución.

- Para las personas mayores de 50 años afiliados a Caja Los Andes deben reembolsar primero dicha institución y posteriormente en el Servicio de Bienestar.

- En el caso de personas afiliadas a bienestar que tengan seguro complementario, el reembolso deberá solicitarse primero en la respectiva institución.

- Las compras de lentes ópticos pagados mediante voucher deberán acompañarse de un certificado de la óptica que indique el nombre del paciente y el detalle de la compra.

- En situaciones especiales que requieran bonificación antes de los 12 meses, por una sola vez, el caso deberá ser presentado al Consejo Administrativo de Bienestar, el que evaluará la procedencia de la bonificación.

- En cuanto a los lentes ópticos, considera que el criterio aplicable es siempre cubrir el estado de necesidad, por lo que se deberían reembolsar ambos componentes. (O-01-S-00974-2026)

12. INSUMOS:

Se bonificará con un **tope anual de $125.000.**

Se bonificarán los gastos en insumos provenientes de:

a) Prestaciones de intervención quirúrgica.
b) Exámenes.
c) Tratamientos médicos especializados.
d) Consultas y tratamientos especializados para la recuperación de la salud.
e) Prestaciones efectuadas por personal profesional o técnico autorizado de colaboración médica.
f) Atenciones de Urgencia, Primeros Auxilios y Enfermería.
g) Atención odontológica.
h) Implantes.

DETALLE DE REEMBOLSOS	**% de Bonificación**
Insumos	80% del gasto efectuado

Documentación Requerida:

- Formulario de solicitud de beneficios, bono, boletas y facturas, de acuerdo con los requisitos establecidos en las disposiciones generales.

- Detalle del gasto por concepto de insumos utilizados en la prestación realizada.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

- Boleta o factura que indique claramente el detalle de los insumos adquiridos.

13. AUDIFONOS:

Se otorgará una bonificación por la adquisición de audífonos con un tope al año de **$330.000 pesos.**

DETALLE DE REEMBOLSOS	**% de Bonificación**
Prestaciones de Salud con código FONASA	192% del total del nivel 1 FONASA
Prestaciones de Salud sin código FONASA	100% del gasto efectuado

Documentación Requerida:

- Formulario de solicitud de beneficios, acompañado de bono, boletas y/o facturas, según los requisitos establecidos en las disposiciones generales.

- Receta médica con datos completos del paciente y del facultativo, cuando corresponda.
- En el caso de personas afiliadas a ISAPRE, el reembolso deberá solicitarse primero en la respectiva institución.

- En el caso de personas mayores de 55 años afiliadas a FONASA, el reembolso deberá solicitarse primero en dicha institución.

- Para las personas mayores de 50 años afiliados a Caja Los Andes deben reembolsar primero dicha institución y posteriormente en el Servicio de Bienestar.

- En el caso de personas afiliadas a bienestar que tengan seguro complementario, el reembolso deberá solicitarse primero en la respectiva institución.

EXÁMENES:

Las prestaciones de salud se bonificarán con un tope diferenciado para cada clasificación de exámenes:

EXAMEN	**TOPE ANUAL**
14. Examen Laboratorio	$120.000 pesos.
15. Examen Rayos X, Imagenología	$150.000 pesos.
16. Examen Histopatológico	$57.000 pesos.
DETALLE DE REEMBOLSOS	**% de Bonificación**
Prestaciones de Salud con código FONASA	66% del total del nivel 1 FONASA
Prestaciones de Salud sin código FONASA	60% del gasto efectuado

EXAMEN	**TOPE ANUAL**
17. Examen Especializado de carácter médico	$115.000 pesos.
DETALLE DE REEMBOLSOS	**% de Bonificación**

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

Prestaciones de Salud con código FONASA	100% del total del nivel 1 FONASA
Prestaciones de Salud sin código FONASA	70% del gasto efectuado

Documentación Requerida:

- Formulario de solicitud de beneficios, acompañado de bono, boletas y/o facturas, según los requisitos establecidos en las disposiciones generales.
- Las boletas o facturas electrónicas de venta y servicios de prestaciones de instituciones de salud deberán contener identificación del prestador y de la institución que las emite (nombre, RUT), detalle de las prestaciones realizadas, identificación del beneficiario, fecha de emisión y timbre electrónico del SII. En el caso de que el formato de la boleta o factura no contenga los datos solicitados, la persona afiliada a Bienestar deberá presentar detalle o certificado anexo de la compra, que sea legible y cuente con timbre del prestador (identificación del profesional) que respalde dicha transacción, identificación del paciente y fecha de atención.

- Copia del programa FONASA o ISAPRE, con sus respectivos bonos, presentada con timbre del prestador o identificación del profesional, para la respectiva codificación de las prestaciones en ítem de beneficios.

- En el caso de bonos FONASA adquiridos en Caja Vecina, estos deberán indicar claramente: código FONASA, fecha, identificación del beneficiario e identificación del prestador.
- Los bonos que consignen copago $0 deberán adjuntarse solo cuando se trate de una intervención quirúrgica.

- Los exámenes de paternidad (ADN) no son reembolsados por el Servicio de Bienestar (Dictamen N° 45.944/2012).

18. CONSULTA MÉDICA DOMICILIARIA

Las prestaciones de salud se bonificarán con un tope anual de **$ 70.000 pesos.**

DETALLE DE REEMBOLSOS	**% de Bonificación**
Consulta médica hábil	300% del total del nivel 1 FONASA
Consulta médica inhábil	300% del total del nivel 1 FONASA
Prestaciones de Salud sin código FONASA	50% del gasto efectuado.

Documentación Requerida:

- Formulario de solicitud de beneficios, acompañado de bono, boletas y/o facturas, según los requisitos establecidos en las disposiciones generales.

- Copia de bono debidamente emitido por FONASA, ISAPRE, CAPREDENA o DIPRECA. Los bonos electrónicos deberán incluir código de barras, fecha de emisión, nombre del

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

beneficiario e identificación del profesional o de la institución prestadora. En atenciones CAPREDENA y DIPRECA se deberá adjuntar boleta o comprobante de recaudación.

- En el caso de bonos FONASA adquiridos en Caja Vecina, estos deberán indicar claramente: código FONASA, fecha, nombre y RUT del beneficiario, y nombre del prestador.

- Las boletas y facturas deberán indicar la prestación realizada y la identificación del profesional que la otorga.

- Cuando las especialidades médicas no se encuentren registradas en la Superintendencia de Salud y no se acrediten por otra vía, la atención se pagará como consulta médica particular electiva.

- Para las personas mayores de 50 años afiliados a Caja Los Andes y se realicen el examen holter o fondo de ojos debe reembolsar primero en dicha institución y posteriormente en el Servicio de Bienestar.

19. ANESTESISTA.

Las prestaciones de salud se bonificarán con un tope al año de **$90.000 pesos.**

DETALLE DE REEMBOLSOS	% de Bonificación
Prestaciones de Salud con código FONASA	165% del total del nivel 1 FONASA
Prestaciones de Salud sin código FONASA	100% del gasto efectuado.

Documentación Requerida.

- Formulario de solicitud de beneficios, acompañado de bono, boletas y/o facturas, según los requisitos establecidos en las disposiciones generales.

- Copia del programa FONASA o ISAPRE, con sus respectivos bonos, presentada con timbre del prestador o identificación del profesional, para la respectiva codificación de las prestaciones en ítem de beneficios.

20. ARSENALERO/A

Las prestaciones de salud se bonificarán con un tope al año de **$70.000** pesos.

DETALLE DE REEMBOLSOS	% de Bonificación
Prestaciones de Salud sin código FONASA	70% del gasto efectuado

Documentación Requerida.

- Formulario de solicitud de beneficios, acompañado de bono, boletas y/o facturas, según los requisitos establecidos en las disposiciones generales.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

- Documentación que acredite el procedimiento quirúrgico o tratamiento médico especializado.

21. ATENCIÓN DE URGENCIA

En las atenciones de urgencia, que incluyen consulta médica, medicamentos, exámenes y procedimientos, todos estos conceptos se considerarán parte de la misma atención y se imputarán al ítem de urgencia correspondiente.

Las prestaciones de salud se bonificarán con un tope anual de **$150.000** pesos.

DETALLE DE REEMBOLSOS	% de Bonificación
Prestaciones de Salud sin código FONASA	60% del gasto efectuado.

Documentación Requerida:

- Formulario de solicitud de beneficios, acompañado de bono, boletas y/o facturas, según los requisitos establecidos en las disposiciones generales.

- Copia de bono debidamente emitido por FONASA, ISAPRE, CAPREDENA o DIPRECA. Los bonos electrónicos deberán incluir código de barras, fecha de emisión, nombre del beneficiario e identificación del profesional o de la institución prestadora. En atenciones CAPREDENA y DIPRECA deberá adjuntarse, además, la boleta correspondiente.

- Detalle de la prestación de Urgencia.

- En el caso de personas afiliadas a bienestar que tengan seguro complementario o ISAPRE, el reembolso deberá solicitarse primero en la respectiva institución.

22. IMPLANTES

Las prestaciones de salud se bonificarán con un tope al año de **$250.000** pesos.

DETALLE DE REEMBOLSOS	% de Bonificación
Prestaciones de Salud con código FONASA	240% del total del nivel 1 FONASA
Prestaciones de Salud sin código FONASA	50% del gasto efectuado.

- Se considera como implante médico el dispositivo, tejido o material que se introduce de manera quirúrgica (mediante una operación en pabellón) o de forma médica (inyectable o en sala de procedimiento) en alguna parte del cuerpo humano con la intención que este dispositivo, quede a permanencia después del procedimiento indicado.
- En este ítem se considerarán los implantes dentales, no los trabajos previos dentales para proceder al implante. Estos serán clasificados en atención dental.

Documentación Requerida:

- Formulario de solicitud de beneficios, acompañado de bono, boletas y/o facturas, según los requisitos establecidos en las disposiciones generales.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

- Receta médica que indique el tipo de implante de carácter recuperativo y la duración del tratamiento (por ejemplo, tratamiento hormonal). En caso de receta institucional, deberá adjuntarse la constancia de hora médica.

- En el caso de implantes dentales, se debe presentar la boleta adjuntando detalle específico de la prestación.

- La receta deberá contener la identificación del profesional tratante y del paciente.

- No se reembolsarán implantes de carácter estético.

- Boleta o factura que indique el detalle del producto.

- En caso de presentar voucher, deberá adjuntarse el detalle de la compra.

- Toda boleta de implante debe adjuntar detalle de la prestación para asignar el reembolso al ítem de bonificación que corresponda.

- En el caso de personas afiliadas a bienestar que tengan seguro complementario, el reembolso deberá solicitarse primero en la respectiva institución.

III. SUBSIDIOS

1. MATRIMONIO:

- Bonificación de **$110.000 pesos**.
- Si ambos contrayentes son personas afiliadas, el beneficio se otorgará a cada uno de ellos en forma independiente.

2. NACIMIENTO:

- Bonificación de **$130.000** pesos.

- Si ambos padres son personas afiliadas al Servicio de Bienestar, el beneficio se otorgará individualmente a cada uno.
- Este subsidio no procederá en caso de tuición legal permanente o provisoria de menores de edad con o sin vinculo de consanguinidad.

- El tiempo para presentación de la documentación para acceder a este beneficios es desde la fecha de nacimiento hasta los 6 meses, según disposiciones generales de esta resolución.

3. FALLECIMIENTO

3.1 Persona Afiliada: Bonificación de **$223.000** pesos.

- La ayuda se otorgará en el orden de precedencia establecido en el artículo 17 , letra e, del Reglamento del Servicio de Bienestar del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio
- En caso de fallecimiento de la persona afiliada a Bienestar, la ayuda se otorgará en el siguiente orden.

1) A la persona que acredite haber efectuado los gastos del funeral.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

2) Al cónyuge o conviviente civil.
3) A los hijos.
4) A los padres.

3.2 Cargas familiares: Bonificación de **$ 223.000** pesos.

Cargas familiares reconocidas, se incluye el fallecimiento gestacional o perinatal y el fallecimiento del hijo o hija recién nacido que no hubiese sido aún reconocido como carga familiar.
Los requisitos para solicitar este beneficio son:

- En el caso de la carga familiar reconocida, debe adjuntar certificado de defunción.
- Para el caso de fallecimiento gestacional presentar certificado médico o matrona que acredite término de la gestación.
- Para el caso de hijo o hija recién nacido que aún no hubiese sido aún reconocido como carga familiar, adjuntar certificado defunción.
- Si ambos padres son personas afiliadas, el beneficio se otorgará a cada uno de ellos en forma independiente.

3.3 Fallecimiento de conviviente por unión civil o cónyuge: Bonificación de **$223.000** pesos.

- Se concederá una ayuda por fallecimiento del conviviente civil. La persona afiliada deberá presentar certificado de Acuerdo de Unión Civil o matrimonio emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación.

Documentación Requerida:

- Formulario de solicitud de beneficio, firmado por la persona solicitante, visado por quien recepciona la documentación y por la o el trabajador social de su establecimiento.
- Certificado de fallecimiento del Registro Civil, con vigencia de 6 meses contados desde la fecha de la causal.
- En caso de fallecimiento de la persona afiliada o de su conviviente civil, cónyuge y cargas familiares presentar copia del certificado de defunción correspondiente.
- En caso de fallecimiento del afiliado se deberá presentar los documentos que acrediten el gasto del funeral.

4 CATÁSTROFE/INCENDIO:

4.1 Catástrofe: Bonificación de hasta **$265.000** pesos.

Catástrofe: Se concederá una ayuda cuando la persona afiliada sufra daños materiales en la vivienda que **habita** a consecuencia de terremotos, inundaciones u otras catástrofes. Se considerará como requisito para su otorgamiento la calificación de la gravedad de los hechos por parte del Consejo Administrativo de Bienestar.(Articulo 17, letra j, Reglamento del Servicio de Bienestar)

Se otorgará una ayuda de hasta $265.000, por una sola vez al año, previo conocimiento y resolución del Consejo Administrativo de Bienestar y siempre que las disponibilidades financieras lo permitan.

En caso de catástrofe, el Consejo Administrativo de Bienestar podrá sesionar extraordinariamente para evaluar las solicitudes de ayuda.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

La solicitud del beneficio deberá presentarse en un plazo máximo de 60 días contados desde ocurrido el siniestro.

Documentación Requerida:

- Formulario de solicitud de beneficio, firmado por la persona afiliada, visado por quien recepciona la documentación y por la o el Trabajador Social de su establecimiento.
- Informe Social elaborado por la o el Trabajador Social de Bienestar del establecimiento al que pertenece el afiliado/a afectado/a, lo cual implica visita domiciliaria.
- **En caso de dudas fundadas** o cuando la situación lo amerite, el Consejo Administrativo de Bienestar se reserva el derecho de solicitar antecedentes adicionales.
- La persona afiliada deberá tener su dirección actualizada en SIRH para acceder a este beneficio.

4.2 Incendio: Monto Incendio: **Hasta $500.000 pesos**.

Se concederá una ayuda a cada persona afiliada que sufra daños graves a consecuencia de incendio. El monto será fijado por el Consejo Administrativo de Bienestar de acuerdo con las disponibilidades presupuestarias, no pudiendo exceder de dos ingresos mínimos mensuales por ayuda.

Este beneficio es incompatible con el beneficio por “catástrofes” señalado en la letra anterior (art. 17, letra k, Reglamento del Servicio de Bienestar).

La ayuda se entregará independientemente de si la persona afiliada es o no propietaria de la vivienda, siempre que resida en el lugar siniestrado, por cuanto su finalidad es contribuir a la reposición de enseres.

Documentación Requerida:

- Formulario de solicitud de beneficio, firmado por la persona solicitante, visado por quien recepciona la documentación y por la o el Trabajador Social de su establecimiento.
- Informe social emitido por la o el Trabajador Social de Bienestar del establecimiento al que pertenece la persona afiliada afectada.
- Certificado de Bomberos o de Carabineros que acredite el daño causado por el incendio.
- **La persona afiliada deberá tener su dirección actualizada en SIRH para solicitar este beneficio.**

5 EDUCACIÓN:

Se otorgará un subsidio de escolaridad anual (una vez al año) para la persona afiliada y sus cargas familiares reconocidas, que cursen estudios regulares en establecimientos del Estado o reconocidos por este, hasta los 24 años, de acuerdo con el D.F.L. N° 150, que fija normas sobre el Sistema Único de Prestaciones Familiares.

Durante el año 2026, el reembolso por subsidio de educación se efectuará según el orden de recepción y revisión de las solicitudes en el Servicio de Bienestar.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

Los montos para otorgar durante el año 2026 serán:

Nivel Educación	Bonificación
5.1 Enseñanza Parvularia correspondiente a los Niveles Transición I y II	$70.000 pesos.
5.2 Enseñanza básica y especial	$70.000 pesos.
5.3 Enseñanza Media	$70.000 pesos.
5.4 Enseñanza Técnica de Nivel Superior	$85.000 pesos.
5.5 Enseñanza Universitaria	$100.000 pesos.

- Se bonificarán carreras con duración mínima de 1 año lectivo.
- Se bonificarán validaciones de estudios realizadas en establecimientos del Estado o reconocidos por este.
- No se bonificarán nivelaciones de estudios.
- No se bonificarán capacitaciones laborales.
- No se bonificarán estudios de preuniversitario ni similares.
- No se bonificarán diplomados, magíster ni doctorados.
- La recepción de documentos para el subsidio escolar se iniciará en **ENERO.**

Documentación Requerida:

- Formulario de solicitud de beneficio, firmado por la persona solicitante, visado por quien recepciona la documentación y por la o el asistente social de su establecimiento.
- **Certificado de alumna/o regular con nombre completo, curso y año lectivo.**
- **El certificado debe consignar el número del decreto de reconocimiento oficial del establecimiento (Rol Base de Datos – RBD).**
- **En caso de que el certificado no incluya el RBD, la o el trabajador social de Bienestar deberá validar el establecimiento en la página del MINEDUC y registrar el RBD en las observaciones del formulario.**
- Los certificados podrán presentarse en formato original o copia, incluyendo documentos digitales.
- Para enseñanza básica y media se aceptarán certificados que indiquen “certificado de alumno regular”, aun cuando en el cuerpo se señale “matriculado año 2026”, considerando que estos niveles son obligatorios.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

- Se aceptarán certificados digitales con código QR, código de verificación, correo electrónico del establecimiento, o fotografía/captura de pantalla de la aplicación desde la que se descargó el documento.

- Para validaciones de estudios, se deberá adjuntar Certificado Anual de Estudios - Validación de Estudios emitido por MINEDUC.
- El Certificado Anual de Estudios debe acreditar la aprobación de los exámenes rendidos

- Las cargas familiares deben estar registradas, vigentes en la institución y actualizadas en SIRH.

- Los certificados deben corresponder al año 2026 y tendrán una vigencia de 6 meses desde su emisión.

- **El beneficio se otorgará una sola vez al año por cada beneficiaria/o.**

6 ACUERDO DE UNIÓN CIVIL:

- Bonificación **$110.000** pesos.

- Corresponde a la persona afiliada que celebre un Acuerdo de Unión Civil, de acuerdo con la Ley N° 20.830.

- Si ambos contrayentes son personas afiliadas al Servicio de Bienestar, cada uno tendrá derecho al beneficio en forma independiente.

7 ADOPCIÓN:

- Bonificación **$130.000** pesos.

- Corresponde cuando la persona afiliada acredita, mediante sentencia judicial, la adopción de un hijo o hija.

- Si ambos padres son personas afiliadas al Servicio de Bienestar, cada uno tendrá derecho al beneficio en forma independiente.

- En caso de adopciones múltiples, se otorgarán tantas ayudas como hijas e hijos se adopten.
- El tiempo para presentación de la documentación para acceder a este beneficios es desde la fecha de la sentencia judicial hasta los meses, según disposiciones generales de esta resolución.

8 AYUDA ESPECIAL:

- Bonificación **$500.000** pesos

Se podrá conceder una ayuda especial a la persona afiliadas y/o carga familiar, siempre que las disponibilidades presupuestarias lo permitan, por requerimientos quirúrgicos de alto costo

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

generados por el pago su cirugía monto que será definido anualmente por el Consejo Administrativo de Bienestar siempre que la disponibilidad presupuestaria lo permita.

El monto de esta ayuda será de $500.000, aprobado por el Consejo Administrativo de Bienestar, y se otorgará con cupos anuales.

Se otorgarán 20 cupos al año.

Se priorizarán las siguientes situaciones

- Personas afiliadas a Bienestar que, producto de una intervención quirúrgica, presenten condiciones económicas deficitarias.
- Cirugías alto costo realizados en el extrasistema (por ejemplo, endoprótesis, trasplantes, tratamientos neuroquirúrgicos u otros que evalúe el Consejo Administrativo de Bienestar).
- Que el gasto total realizado por la persona afiliada sea **superior a $1.700.000.**

Documentación Requerida:

- Formulario de solicitud de beneficio, firmado por la persona solicitante, visado por quien recepciona la documentación y por la o el Trabajador Social de su establecimiento.
- Informe Social elaborado por la o el Trabajador Social de Bienestar del establecimiento.
- Informe médico que indique claramente la necesidad del tratamiento quirúrgico realizado.
- Boletas, facturas y documentación que acrediten el gasto realizado.
- En caso de patologías GES, se deberá adjuntar documento que acredite garantía vencida.
- Planilla de reembolsos otorgados por el Servicio de Bienestar por esta misma prestación durante los últimos 6 meses, o según revisión del Consejo de Bienestar, no pudiendo exceder de 12 meses.

IV PRÉSTAMOS

Las personas afiliadas a Bienestar del SSVSA tienen derecho a solicitar un préstamo reajustable en moneda nacional, con interés anual del 6%, de acuerdo con la Ley N° 18.010.

Existen tres tipos de préstamos: médico, de auxilio y habitacional, cada uno con requisitos generales y específicos.

Cada Encargada/o de Bienestar de los establecimientos de la red SSVSA será responsable de distribuir el monto asignado a su establecimiento, según el presupuesto anual y la cantidad de personas afiliadas.

Se priorizarán las solicitudes de personas afiliadas que, en el año inmediatamente anterior, no hayan recibido un préstamo de la misma naturaleza.

Requisitos Generales:

Para cualquiera de los tres tipos de préstamos se requiere:

- **Contar con al menos 3 meses de afiliación al Servicio de Bienestar.**

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

- La solicitud de cualquier tipo de préstamo será suscrita, además de la persona afiliada, por dos personas codeudoras solidarias, que deberán tener a lo menos 12 meses corridos de afiliación al Servicio de Bienestar, y ambas personas no deben ser candidatas a incentivo al retiro voluntario durante el periodo en que se solicite el préstamo. (art.22/Reglamento del Servicio Bienestar)
- Formulario de consentimiento informado firmado por ambos codeudores, adjuntando copia de cédula de identidad por ambos lados, para la verificación de la firma. Y cada establecimiento podrá realizar un control interno para confirmar la identidad de los codeudores.
- No mantener deuda por préstamo anterior de la misma naturaleza.
- Haber transcurrido, al menos, 30 días desde el pago de la última cuota del préstamo anterior.
- **Las cuotas del préstamo no podrán exceder el 15% de los descuentos definidos por ley, porcentaje máximo legal para personas funcionarias.**
- Los avales podrán ser codeudores de una sola persona afiliada a la vez.
- Los préstamos se otorgarán según orden de solicitud y hasta diciembre del mismo año, siempre que el presupuesto disponible lo permita.

1. PRÉSTAMOS MÉDICOS:

Se otorgarán como complemento de las ayudas económicas a que se refiere el artículo 15º de Reglamento del Servicio de Bienestar y su monto no será superior a tres ingresos mínimos mensuales de carácter no remuneracional, por persona afiliada, en cada año calendario.

- Monto máximo del préstamo: $ 500.000 pesos.
- Plazo de pago: hasta 12 meses.

Requisitos Específicos para Préstamo Médico:

- Documento que acredite cotización o presupuesto debidamente valorizado que fundamente la necesidad del préstamo (por ejemplo, receta, orden de tratamiento médico, presupuesto de cirugía, etc.).
- Cumplir los requisitos generales.

2. PRÉSTAMOS DE AUXILIO:

- Se otorgarán de acuerdo con las disponibilidades financieras del Servicio de Bienestar y previa calificación de la o el Trabajador Social del establecimiento al que pertenece la persona afiliada solicitante.
- Monto máximo del préstamo**: $350.000 pesos.**

Requisitos Específicos para Préstamo de Auxilio:

- Plazo de pago: hasta 10 meses.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

- Se aplican únicamente los requisitos generales.
- Se debe adjuntar certificado o informe social que fundamente la necesidad del préstamo de auxilio.
-

3. PRÉSTAMO HABITACIONAL:

Se otorgará para completar el ahorro previo necesario para la adquisición de vivienda, y su monto no podrá ser superior al 50% de la cantidad ahorrada por la persona afiliada, con un límite máximo de ocho ingresos mínimos mensuales de carácter no remuneracional.

Este beneficio, por el monto máximo indicado, también podrá otorgarse para construcción, ampliación, reparación o término de vivienda que habita , en un plazo de hasta 24 cuotas.

De acuerdo con lo anterior, el monto máximo del préstamo habitacional será de hasta $700.000, sujeto al 15% de descuento voluntario de la persona solicitante. La documentación variará según el tipo de requerimiento:

Para reparación o ampliación de vivienda que habita

- Cumplir requisitos generales.
- Cartola de dirección registrado en SIRH.
- Cotización y detalle del trabajo a realizar. La cotización es un documento formal que debe contener nombre del cliente, materiales o servicios, valor unitario y total, detalle del servicio o producto a realizar, el cual debe ser firmado por el proveedor.
- **Para solicitar un nuevo préstamo habitacional será requisito haber pagado totalmente el préstamo anterior.**

Para ahorro de la vivienda

- Cumplir requisitos generales.
- Se otorgará por una sola vez.
- Copia de cartola de cuenta de ahorro para la vivienda.
- Documento que indique el monto requerido para postular a beneficio habitacional (por ejemplo, certificado de comité o programa de vivienda con número de UF exigidas, certificado para postulación a crédito hipotecario u otros equivalentes).

III. BENEFICIOS FACULTATIVOS:

Son ayudas o aportes que el Servicio de Bienestar otorga, a través de la institución, a la persona afiliada y/o sus cargas familiares, o bien a organizaciones de personas funcionarias afiliadas a Bienestar.

Para el año 2026, y de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria, se evaluará durante el año el otorgamiento de beneficios facultativos relativos a talleres, proyectos u otras iniciativas.

Actividades Sociales, Culturales, Recreativas Y Deportivas

Dependiendo de la disponibilidad financiera y presupuestaria, el Servicio de Bienestar podrá desarrollar actividades tales como:

- Paseos de Bienestar.
- Proyectos facultativos, entre ellos:

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930

- Jardines Infantiles.
- Clubes Deportivos.

Los reglamentos y bases de estos proyectos serán informados oportunamente por el Consejo Administrativo de Bienestar.

Otras Actividades Facultativas

En función de la disponibilidad financiera y presupuestaria, el Servicio de Bienestar podrá desarrollar actividades como: entradas al cine, visitas a parques, actividades recreativas de autocuidado, festivales y otras de similar naturaleza.

Celebración De Navidad

Se entregará un beneficio transversal a todas las personas afiliadas al Servicio de Bienestar, consistente en un **"Regalo de Navidad",** que se hará efectivo mediante depósito bancario.

Requisitos

- Contar con tres meses o más de afiliación.
- Mantener las cuotas al día.
- No tener medida de suspensión vigente.
- Encontrarse vigente al momento de otorgarse el beneficio.

La fecha y el monto del regalo de Navidad serán definidos anualmente por el Consejo de Bienestar y se comunicarán por los medios oficiales del SSVSA.

- El primer corte para pago será al 30 de septiembre, para quienes se encuentren incorporadas/os al Servicio de Bienestar y cumplan los requisitos; dicho pago se realizará en diciembre.
- Las incorporaciones de los meses de octubre, noviembre y diciembre serán pagadas en enero, febrero y marzo del año siguiente, respectivamente, debiendo cumplir igualmente los requisitos señalados.
- El beneficio será entregado en la fecha que determine el Consejo Administrativo de Bienestar.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA · GOBIERNO DE CHILE

Firmado por:
Alis Rossana Catalán Araya
Directora
Fecha: 11-11-2026 08:24 CLST (UTC-3)
Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio

DISTRIBUCION:

1. Director del SSVSA
2. Integrantes del Consejo Administrativo de Bienestar Periodo 2024-2026
3. Subdirector de Recursos Físicos y Financieros del S.S.V.S.A
4. Subdirector de SDGP del S.S.V.S.A.
5. Jefe de Finanzas del S.S.V.S.A.
6. Jefes de Gestión de Personas de los Establecimientos de la Red del S.S.V.S.A.
7. Encargadas Unidades Bienestar de Establecimientos de la Red del S.S.V.S.A.
8. Jefe del Sub. Depto. de Ciclo Laboral del S.S.V.S.A.
9. Jefe de Bienestar del SSVSA
10. Encargada de Contabilidad del Servicio de Bienestar del SSVSA
11. Oficina de Partes del S.S.V.S.A.

KMAA CAPG CAGB AAÁQ OAOB

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/YDGZVN-930