

**FONDO DE EMPLEADOS DE VIVIENDA Y AHORRO DE ALPINA
FEVAL**

REGLAMENTO FONDO MUTUAL DE SALUD

La Junta Directiva del Fondo de Empleados de Vivienda y Ahorro de Alpina FEVAL en uso de sus atribuciones legales y estatutarias y,

CONSIDERANDO:

1. Que los fondos de empleados pueden constituir y administrar fondos mutuales para la prestación de servicios de previsión, asistencia y solidaridad, en cumplimiento del artículo 65 de la Ley 79 de 1988.
2. Que en la Asamblea General de delegados celebrada el 25 de marzo de 2017, se aprobó la creación del Fondo Mutual de Salud.

ACUERDA:

REGLAMENTO

ARTÍCULO 1: DEFINICIÓN DEL FONDO Y OTRAS DEFINICIONES: El Fondo Mutual de Salud lo constituye un conjunto de recursos económicos con destinación específica, producto de las contribuciones obligatorias efectuadas por los asociados de FEVAL y demás ingresos determinados en el presente reglamento. Fue creado por la Asamblea General con el objeto de desarrollar con sus recursos actividades de solidaridad para la previsión y asistencia de necesidades de salud, de los asociados y sus beneficiarios a través del otorgamiento de auxilios económicos de acuerdo con los requisitos que defina el presente reglamento.

PARÁGRAFO 1. Previsión. Entiéndase como previsión el medio por el cual los asociados se preparan para enfrentar económicamente la ocurrencia de sucesos de salud a través de la ayuda mutua como expresión de solidaridad.

PARÁGRAFO 2. Asistencia. Entiéndase como asistencia el conjunto de actos tendientes a auxiliar a los asociados en especiales situaciones de calamidad producidas por hechos fortuitos o fuerza mayor y que, por ende, son irresistibles.

PARÁGRAFO 3. Auxilio de salud. Es aquella ayuda o socorro representado en dinero o cualquier otra especie que otorga FEVAL, para beneficio de sus asociados y su grupo familiar básico, que permita costear en parte o totalmente los gastos en que incurran por temas de salud no cubiertos por los servicios médicos del Plan Obligatorio de Salud o el sistema que lo reemplace, tal y como lo contempla el artículo 11 del presente reglamento "Cubrimiento de la protección Mutual".

PARÁGRAFO 4. Discapacidad: Se entenderá por discapacidad la restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano, producida por una deficiencia, y se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una actividad normal o rutinaria, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles, y progresivos o regresivos.

PARÁGRAFO 5. Invalidez: Se considera inválida la persona que por cualquier causa, no provocada intencionalmente hubiese perdido el 50% o más de su capacidad laboral.

ARTÍCULO 2: OBJETO: El presente reglamento tiene por objeto regular la composición del Fondo Mutual de Salud, sus prestaciones y las condiciones de acceso a las mismas por parte de los asociados del Fondo, en el marco de los valores de equidad y transparencia.

Con los recursos del fondo mutual de Salud, FEVAL asistirá mediante auxilios económicos a los asociados o a los miembros de su núcleo familiar básico para atender necesidades en temas de salud no cubiertas por los servicios médicos del Plan Obligatorio de Salud o el sistema que lo reemplace y que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de los mismos, en los términos y condiciones establecidos en el presente reglamento.

ARTÍCULO 3: CARACTERÍSTICAS DEL FONDO MUTUAL

- Es una protección mutual donde los asociados asumen mutuamente sus propios riesgos.
- El amparo mutual presupone un convenio o contrato de asociación de la cual emana la obligación de contribuir y el derecho al auxilio.
- La rentabilidad en el amparo mutual, cuando se produce, forma parte de la propiedad colectiva o solidaria de la entidad de la cual los asociados amparados son los mismos dueños.
- En el amparo mutuo la contribución es variable y modificable únicamente por decisión de la Asamblea General.
- El amparo mutuo excluye la idea de beneficio o provecho lucrativo.
- La protección mutual supone la contraprestación total del riesgo hasta la concurrencia del fondo. Es decir, el fondo mutual responderá hasta el agotamiento total de dicho fondo.
- Los gastos que origine la operación del Fondo Mutual de salud se imputarán a los recursos con que cuenta dicho Fondo Mutual.

ARTÍCULO 4: RECURSOS QUE INTEGRAN EL FONDO MUTUAL: Los recursos que alimentarán este fondo mutual de salud están compuestos por:

- Contribuciones obligatorias de los asociados autorizadas por la asamblea general en los términos establecidos en el presente reglamento.
- Recursos no ejecutados por el Fondo de Bienestar Social para actividades de salud, de acuerdo con la decisión de la Asamblea.
- Los demás que apruebe la Asamblea.

ARTÍCULO 5: CONTRIBUCIÓN OBLIGATORIA: El valor de la contribución mensual por asociado es de TRES MIL TRESCIENTOS PESOS (\$3.300) M/CTE., descontados de acuerdo con las periodicidades de pago de la nómina de cada asociado o pago directo cuando el medio de pago de las obligaciones del asociado no sea por nómina, la cual no es retornable. La contribución se incrementará el primero (1) de abril de cada año calendario, con base en el IPC del año en curso ajustado a la centena superior más cercana.

PARÁGRAFO: Esta contribución reemplaza la que actualmente se realiza para alimentar el fondo social de bienestar.

ARTÍCULO 6: BENEFICIARIOS: De acuerdo con el presente reglamento son beneficiarios de los auxilios:

Los asociados de FEVAL y su grupo familiar.

PARÁGRAFO 1: Para acceder a los auxilios contemplados en este reglamento se entiende como grupo familiar

básico el siguiente:

1. Para el asociado casado o en unión marital de hecho, el asociado, su esposa(o) o compañera(o), permanente, los hijos del asociado o su pareja, nacidos vivos y menores de 25 años que dependan económicamente de éste y sus padres cuando éstos dependan económicamente del asociado.
2. Para el asociado soltero: el asociado, sus padres e hijos si los tiene, nacidos vivos y menores de 25 años que dependan económicamente de él, o sus hermanos menores de 25 años que dependan económicamente de este.

Los asociados divorciados o viudos serán considerados solteros.

PARÁGRAFO 2: Los hijos o hermanos que presenten algún tipo de discapacidad o invalidez y dependan económicamente del asociado serán sujetos de este auxilio independiente de la edad que estos tengan.

PARÁGRAFO 3: Para el caso de los auxilios por copagos y gastos emergentes se podrá incluir en el grupo familiar del asociado casado a sus padres, cuando éstos dependan económicamente del asociado.

PARÁGRAFO 4: FEVAL podrá solicitar al asociado la presentación de los documentos necesarios que acrediten el parentesco y la dependencia económica de sus beneficiarios. El asociado tiene el deber de mantener actualizados sus datos y los de sus beneficiarios como requisito para poder acceder a los auxilios.

PARÁGRAFO 5: El asociado debe diligenciar y suscribir los formatos correspondientes y suministrar información verídica sobre sí mismo y su grupo familiar, anexando la documentación pertinente para la afiliación o inclusión en cualquier póliza de salud contratada, así como para la determinación del auxilio a otorgar.

ARTÍCULO 7: PERIODO DE CARENCIA: Los asociados nuevos (vinculados por primera vez o que reingresen al Fondo), tendrán derecho a los auxilios contemplados en este reglamento de la siguiente manera:

- Transcurrido un año después de su ingreso, por hechos o situaciones ocurridas después de este término para los auxilios de Copagos y Gastos emergentes y auxilio de los planes de medicina contratados por medio de FEVAL para un (1) beneficiario.
- Transcurridos dos años después de su ingreso, para acceder al auxilio de los planes de medicina contratados por medio de FEVAL para dos beneficiarios.

PARÁGRAFO: En el caso en que el asociado se retire de FEVAL perderá el derecho al amparo del fondo mutual.

ARTÍCULO 8: SOPORTES. Los pagos correspondientes a estos auxilios serán girados a favor de las compañías que presten el o los servicios de salud o emergentes correspondientes.

PARÁGRAFO: Se harán desembolsos a favor del Asociado cuando esté presente documento soporte de cancelación del servicio y/o producto. Los documentos soporte deberán cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

Documento emitido por persona jurídica (Factura):

1. Factura con indicación de la razón social, NIT, dirección y teléfono del prestador del servicio.
2. Descripción del servicio o producto y valor.
3. Sello de cancelado o registro de cancelación.

Documento emitido por persona natural (Documento equivalente a factura o comprobante):

1. Nombres completos, número del documento de identificación, dirección y teléfono del prestador del servicio.
2. Descripción del servicio y valor.
3. Sello de cancelado o registro de cancelación.

ARTÍCULO 9: ATENCIÓN DE SOLICITUDES. Los auxilios se otorgarán en orden cronológico de acuerdo con la radicación de la solicitud, hasta el agotamiento del fondo mutual y dentro del plazo de tiempo determinado en el presente reglamento para la solicitud del auxilio.

ARTÍCULO 10. DESTINACIÓN DE LOS RECURSOS: Los recursos del Fondo Mutual de salud podrán ser destinados a la atención de necesidades en las siguientes áreas:

1. Copagos.
2. Gastos Emergentes
3. Contratos de medicina prepagada, pólizas de Hospitalización y cirugía o planes complementarios de salud contratados por FEVAL.

ARTÍCULO 11: CUBRIMIENTO DE LA PROTECCION MUTUAL: El cubrimiento del auxilio se otorgará de acuerdo con los siguientes parámetros:

ALCANCE	REQUISITOS	MONTO	TRÁMITE
<p>Copagos Entendido como el pago porcentual, que deben realizar los Beneficiarios del Cotizante, al recibir cualquiera de los siguientes servicios: cirugía, hospitalización, apoyos terapéuticos y diagnósticos de nivel 2 y 3.</p>	<p>Asociado Activo Asociación superior a 12 meses.</p>	<p>Máximo 1 SMMLV anualmente por asociado.</p>	<p>Presentar en un plazo no superior a 120 días calendario, desde la fecha en que sucedió el hecho, el formato de solicitud de auxilio y los soportes correspondientes (copia de copago).</p>
<p>Gastos Emergentes Se entiende como gastos emergentes aspectos como transportes para la atención médica, exámenes de diagnóstico, aparatos ortopédicos y medicamentos no cubiertos por el POS, o el sistema que lo reemplace. Aplica para enfermera en casa si es indicado por el médico tratante de la EPS.</p>	<p>Asociado Activo Asociación superior a 12 meses.</p>	<p>Por concepto de transporte hasta ½ SMMLV por año, o por los demás gastos de este ítem máximo 1 SMMLV por año. En todo caso no puede superar 1 SMMLV por año por asociado.</p>	<p>Presentar en un plazo no superior a 120 días calendario, desde la fecha en que sucedió el hecho generador del mismo, el formato de solicitud de auxilio y los soportes correspondientes (órdenes del médico tratante de la EPS y negación del servicio, soportes de compra, relación de gastos de transporte).</p>

<p>Contratos de Medicina prepagada, Pólizas de hospitalización y cirugía o planes complementarios de salud.</p>	<p>Para un beneficiario: Asociado Activo Asociación superior a 12 meses. Para el segundo beneficiario: Asociado Activo con asociación superior a 24 meses.</p>	<p>Para el año 2024 a partir del 30 de abril se entregará el auxilio de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valor del auxilio mensual por un beneficiario \$50.000. - Valor del auxilio mensual por dos beneficiarios \$100.000, - Las pólizas inferiores al valor del auxilio de acuerdo a la antigüedad de afiliación del asociado, se les otorgará un 40% sobre el valor de la póliza. 	<p>Formulario de inscripción a la póliza.</p>
--	---	--	---

PARÁGRAFO 1: Los asociados que sean beneficiarios del auxilio por pólizas de salud, no podrán solicitar los auxilios por Copagos y Gastos Emergentes y viceversa.

PARÁGRAFO 2: Para el caso de enfermedades crónicas el auxilio relacionado al copago se reconocerá hasta por dos años luego de los cuales no procederá el beneficio.

PARÁGRAFO 3: Exclusiones de Gastos Emergentes: Atenciones médicas como consecuencia de enfermedad laboral o accidente de trabajo, vacunas, gastos médicos con fines estéticos, tratamientos de ortodoncia u odontológicos, cirugías con fines estéticos, monturas para lentes, cuotas moderadoras, tratamientos de medicina alternativa, suplementos alimenticios, pañales, artículos de higiene personal o tratamientos dermatológicos con fines estéticos.

Para personas con planes de medicina prepagada no aplicará el auxilio para compra de medicamentos comerciales.

No serán objeto del auxilio por concepto de transporte: gastos de gasolina, peajes, parqueaderos o pagos de pico y placa solidario o similares.

PARÁGRAFO 4: Condición especial de habilidad para acceder a beneficios: Los asociados deberán encontrarse en condición de habilidad con relación a todas sus obligaciones con el Fondo, para tener derecho a los auxilios que son objeto del presente reglamento.

ARTÍCULO 12. CONTROL DE AUXILIOS: La Gerencia de FEVAL mantendrá el control permanente de los auxilios concedidos y si llegase a comprobar inexactitudes en la documentación aportada por el beneficiario, en el proceso de acreditación del auxilio, el beneficiario infractor deberá reintegrar de inmediato el dinero del auxilio si este ya le hubiera sido otorgado, sin perjuicio del proceso disciplinario contemplado en el estatuto y las demás responsabilidades a que haya lugar.

ARTÍCULO 13: RESPONSABILIDAD: La Junta Directiva, y la Gerencia en cumplimiento del Decreto Ley 1481 de

1989 y el Estatuto del Fondo de Empleados, deberán velar por el buen uso de los recursos del fondo mutual. Para el efecto, dejarán evidencia sobre su gestión.

El revisor Fiscal en uso de sus Facultades Legales y Estatutarias deberá ejercer el control sobre la gestión de los Administradores frente al uso de los recursos del Fondo Mutual.

ARTÍCULO 14. PROCEDIMIENTO EN CASO DE AGOTAMIENTO DEL FONDO: Si eventualmente los recursos del fondo mutual se agotan y existen auxilios pendientes por entregar, éstos se irán entregando en la medida que ingresen los recursos ordinarios que lo alimentan en estricto orden en que fueron causados contablemente. Igualmente se podrá atender tales compromisos con el ingreso de contribuciones extraordinarias, que pueda decretar la Asamblea, o con destinaciones que decrete ésta con cargo a los excedentes del ejercicio u otras apropiaciones especiales.

ARTÍCULO 15. TERMINACIÓN: El servicio de ayuda mutua que se presta a través del Fondo Mutual de Salud podrá terminarse por decisión de la Asamblea General. En caso de agotamiento de los recursos del fondo mutual se podrá convocar a Asamblea General Extraordinaria para que defina lo que considere conveniente y pertinente.

ARTÍCULO 16. DESTINO DEL REMANENTE: En el evento de que la asamblea apruebe la terminación del servicio de ayuda mutua y existan recursos en el fondo mutual se procederá a entregar la totalidad de los auxilios causados y aprobados y el saldo, o remanente, se llevará a otros servicios de solidaridad propios de FEVAL, conforme lo determine la Asamblea General.

ARTÍCULO 17. INTERPRETACIÓN DEL REGLAMENTO: Las materias y situaciones no reguladas en el presente reglamento, igualmente si se presentan dudas en la interpretación o en su aplicación, que puedan ocasionar dificultad para el normal funcionamiento del Mutual, deberán ser sometidas al concepto de la Junta Directiva, para lo cual se le formulará la solicitud respectiva por escrito, indicando el motivo u origen de la duda a fin de que sea resuelta a más tardar en la reunión ordinaria siguiente de dicho organismo

ARTÍCULO 18: VIGENCIA: El presente reglamento fue modificado por la Junta Directiva de FEVAL el 23 de mayo de 2024, según consta en el acta N° 511.

Presidente Junta Directiva

Secretario Junta Directiva

CONTROL DE CAMBIOS					
Versión	Razón de la actualización	Fecha elaboración	Elaboró	Fecha de vigencia	Aprobó
1	Creación del reglamento. Aprobado en el acta N° 425 de mayo 26 de 2017	Abril de 2017	Coordinador de Bienestar	Mayo 23 de 2017	Junta Directiva
2	Inclusión parágrafo 3 en el artículo 6, ajuste de parágrafo 1 en artículo 11. Aprobado en el Acta 470 de Enero 26 de 2021	Enero de 2021	Jefe Administrativo y de Operaciones	Enero 26 de 2021	Junta Directiva
3	Modificación de los periodos de carencia para acceder a los auxilios. Aprobado en el acta 488 de 26 de Julio de 2022	Agosto de 2022	Coordinador de Bienestar y Th	Septiembre 01 de 2022	Junta Directiva



REG-BS- 021

Versión: 5
28/05/2024

REGLAMENTO FONDO MUTUAL DE SALUD

Página 7 de 7

4	Modificación de los periodos de carencia y montos de los auxilios. Aprobado en las Actas No. 507 del 27 de enero de 2024 y Acta No. 508 del 22 de febrero de 2024.	Marzo de 2024	Coordinador de Bienestar y Th	Abril de 2024	Junta Directiva
5	Modificación de los plazos para solicitud de auxilios, exclusiones en materia de gastos emergentes en el componente de transportes e inclusión de cláusula de habilidad. Aprobado en el acta N° 511 de mayo 23 de 2024.	Mayo de 2024	Coordinador de Bienestar y Th	Junio de 2024	Junta Directiva