

REGLAMENTO DEL FONDO DE SOLIDARIDAD

CAPITULO I DE LAS DISPOSICIONES GENERALES

Art. 1º) El otorgamiento de los beneficios especiales establecidos por el Fondo de Solidaridad, se ajustará a las disposiciones del presente reglamento, bajo pena de responsabilidad personal para quien o quienes lo autoricen contra sus prescripciones.

Art. 2º) El análisis de las solicitudes de beneficios y del cumplimiento de los recaudos establecidos por el presente reglamento, estará a cargo del Comité de Beneficios.

CAPITULO II DE LA CONSTITUCION Y DESTINO DEL FONDO

Art. 3º) El Fondo de Solidaridad es creado como un fondo de ayuda, de carácter especial, que estará constituido con el aporte obligatorio de los asociados, realizado independientemente del que corresponda a otros compromisos con la Entidad y será destinado a afrontar contingencias negativas que impidan el normal desarrollo de la actividad de los aportantes. Estará conformados por:

- a) el **Fondo de Ayuda Previsional o FAP**, que se destinará a la cobertura de los casos de invalidez o incapacidad permanente, así como los de fallecimiento del asociado;
- b) el **Fondo de Ayuda Mutua o FAM**, que se destinará a la cobertura de los casos de invalidez o incapacidad transitoria, maternidad y ayuda de sepelio, conforme a lo establecido en este reglamento.

Art. 4º) El Fondo de Solidaridad, a través de los fondos del FAM y del FAP, podrá además ser destinado para otorgar Préstamos Solidarios para Gastos de Salud, de acuerdo a la reglamentación vigente.

Art. 5º) El Directorio determinará, de acuerdo a lo establecido en los Estatutos de la entidad, el monto y las condiciones de los aportes para cada fondo, así como los beneficios a ser otorgados en virtud de cada uno de ellos.

CAPITULO III DE LA ADMINISTRACION DEL FONDO

Art. 6º) El Fondo de Solidaridad será administrado en forma independiente de los fondos jubilatorios de los asociados. A su vez, el Fondo de Ayuda Mutua (FAM) y el Fondo de Ayuda Previsional (FAP) serán administrados independientemente uno del otro.

CAPITULO IV DEL COMITÉ DE BENEFICIOS

Art. 7º) El Comité de Beneficios estará integrado por hasta 3 (Tres) miembros, los cuales deberán ser médicos y socios de la CMPU, con una antigüedad mínima de dos (2) años como tales. Serán nombrados anualmente por el Directorio, al comienzo de cada ejercicio y, en caso de que un miembro del Directorio integre el Comité, ejercerá la Presidencia del mismo, de pleno derecho.

Art. 8º) Los miembros del Comité durarán un (1) año en sus funciones, pudiendo ser designados hasta por tres (3) periodos consecutivos más. Podrán ser cambiados en cualquier momento en que el Directorio así lo decidiese.

Art. 9º) El Comité deberá realizar su primera reunión en el plazo de diez (10) días, contado desde su integración, debiendo designar de entre sus miembros al Presidente y al Secretario del mismo.

Art. 10º) El Comité determinará día y hora de las reuniones, requiriéndose para sesionar válidamente la presencia de, por lo menos, dos (2) de sus miembros.

Art. 11º) Las resoluciones adoptadas por el Comité y un resumen de sus consideraciones serán asentadas en actas, llevadas mediante el mismo sistema implementado para la instrumentación y organización de las actas del Directorio. En dichas actas se consignarán, además, la fecha y la hora de realización, así como la asistencia o inasistencia de sus miembros.

Art. 12º) El Comité deberá informar, por escrito, al Directorio de todas las resoluciones adoptadas, a fin de que sean consideradas por el mismo en su primera sesión posterior.

Art. 13º) El Comité de Beneficios podrá realizar ante el Directorio todas las sugerencias que crea conveniente, para implementar las modificaciones necesarias al presente reglamento

Art. 14º) Es obligatorio para los miembros del Comité:

- a) asistir puntualmente a todas las sesiones y, en caso de imposibilidad, deberá comunicarla, a fin de que la misma sea considerada como ausencia justificada y
- b) considerar y decidir sobre las cuestiones sometidas al Comité, velando siempre por el cumplimiento de los estatutos y del presente reglamento.

Art. 15º) En caso de inasistencia de algún miembro del Comité, en forma reiterada y sin justificación, a cuatro (4) sesiones consecutivas o a seis (6) alternadas, el Directorio deberá considerar la sustitución del mismo en la siguiente sesión. Si fuera resuelta la sustitución del miembro, la designación del nuevo deberá realizarse en la misma sesión, de modo a no interrumpir el normal funcionamiento del Comité.

CAPITULO V DE LA DEFINICION Y DECLARACION DE LAS INCAPACIDADES

Art. 16º) Se entenderá por incapacidad permanente aquella que, por causa de lesión o enfermedad, produzca una disminución permanente de, por lo menos 2/3 de la actividad personal, sea ésta de carácter laboral o no.

Art. 17º) Se entenderá por incapacidad transitoria aquella que, por causa de lesión o enfermedad, produzca una disminución temporal de, por lo menos 2/3 de la actividad personal, sea ésta de carácter laboral o no.

Art. 18º) Si al momento de producirse la incapacidad, el asociado estuviese cumpliendo actividades laborales lucrativas, debe mediar una incapacidad absoluta, permanente o transitoria, de ocuparse de dicha actividad, según el caso.

Art. 19º) Si el asociado no se encontrase realizando actividades laborales lucrativas, deberá existir una incapacidad, permanente o transitoria según el caso, que le imposibilite realizar normalmente y por sí mismo, como mínimo, cuatro (4) de las siguientes cinco (5) actividades de la vida cotidiana:

- a) actividades domésticas generales,
- b) arreglo personal,
- c) bañarse,
- d) vestirse, y
- e) movilizarse.

Art. 20°) La existencia de la incapacidad permanente será declarada por el Directorio, previo informe de la Junta Médica y dictamen del Comité de Beneficios.

Art. 21°) La existencia de la incapacidad transitoria será declarada por el Comité de Beneficios, previo diagnóstico de un médico certificado por las autoridades correspondientes.

CAPITULO VI DE LOS REQUISITOS PARA ACCEDER A LOS BENEFICIOS

Art. 22°) Para poder gozar de los beneficios otorgados mediante el Fondo de Solidaridad, el asociado debe:

- a) estar al día en el pago de los aportes jubilatorios y de solidaridad, y
- b) poseer la antigüedad requerida para cada caso.

Art 23°) Para otorgar los beneficios brindados por el Fondo de Solidaridad (FAM y FAP), se tomará como base de aplicación del beneficio correspondiente, el monto establecido anualmente por el Directorio y la antigüedad del socio requerida para cada caso, conforme a la siguiente escala:

a) **Para el FAM:**

- 1) el 50% del monto establecido, a partir de los nueve (9) meses de aportes efectivos y,
- 2) el 100% del monto establecido, a partir de los doce (12) meses de aportes efectivos.

b) **Para el FAP:**

- 1) el 50% del monto establecido, a partir de los doce (12) meses de aportes efectivos y,
- 2) el 100% del monto establecido, a partir de los veinte y cuatro (24) meses de aportes efectivos.

Art. 24°) La obligación de aportar para el Fondo de Solidaridad, se inicia desde el momento en que el asociado es aceptado como tal por la CMPU, debiendo abonarse el monto correspondiente, durante el tiempo de cobertura de los mismos.

Art. 25°) Los beneficios brindados a través del Fondo de Solidaridad, cesan:

a) **para el FAM:**

- 1) Cuando, por cualquier motivo, el asociado pierda su calidad de tal;
- 2) Al momento de extinguirse el fondo jubilatorio del asociado jubilado:
 - (a) Durante el tiempo que el asociado perciba su haber jubilatorio, el monto correspondiente a su contribución al FAM podrá ser descontado proporcionalmente del importe de la jubilación a percibir, de acuerdo al sistema de pago elegido;
 - (b) El socio que opte por el Retiro Total del Fondo Constituido podrá seguir abonando su contribución al FAM, hasta el momento en que se haga efectivo el retiro total de su fondo jubilatorio y;

b) **para el FAP:**

- 1) Cuando, por cualquier motivo, el asociado pierda su calidad de tal;
- 2) Al momento en que el asociado acceda a la jubilación, sea ordinaria o extraordinaria.
- 3) una vez que haya recibido el beneficio correspondiente a través del FAP, por incapacidad permanente, con lo que desaparece la obligación de la Caja, para el caso de su fallecimiento.

Art. 26°) El asociado activo que se encuentre en mora respecto a sus Aportes jubilatorios y de Solidaridad, podrá acceder a los beneficios otorgados por el FAM o FAP, en los siguientes casos:

- a) si al momento de suceder el evento, la mora no es mayor a tres (3) meses, siempre y cuando cancele previamente los importes adeudados,
- b) si la mora es mayor a tres (3) meses, no se otorgará, bajo ninguna circunstancia, el beneficio solicitado por el socio.

Para volver a optar por los beneficios brindados por este fondo, en caso de un nuevo evento, al asociado atrasado en sus aportes y contribuciones se le aplicará lo establecido en el art. 28 de esta reglamentación.

Art. 27°) En el caso de los socios fallecidos, que se encuentran atrasados en el pago de sus compromisos, los beneficiarios o herederos solo podrán solicitar los beneficios correspondientes a este fondo, si el socio en mora al momento de su fallecimiento, está comprendido en lo establecido en el inc. a) del artículo 26 precedente; en caso contrario, no se concederá el beneficio solicitado bajo ninguna circunstancia

Art. 28°) El asociado reactivado, para acceder nuevamente a los beneficios brindados a través del FAM y del FAP, deberá cumplir con los mismos requisitos exigidos a un socio recién ingresado, salvo caso que haya abonado la totalidad de sus aportes jubilatorios y de solidaridad atrasados, en cuyo caso se aplicará lo establecido en el art. 26°.

CAPITULO VII DE LA IMPROCEDENCIA DE LOS BENEFICIOS

Art. 29°) No se otorgarán ninguno de los beneficios derivados del Fondo de Ayuda Previsional (FAP) ni del Fondo de Ayuda Mutua (FAM):

- a) si la causal invocada fuera preexistente, a la fecha de ingreso del asociado a la Entidad o al momento en que haya empezado a aportar al Fondo de Solidaridad;
- b) si la incapacidad o el fallecimiento del asociado se derivan de actos ilícitos cometidos por el o los beneficiarios;
- c) si al momento de ocurrir el siniestro o de peticionarse el beneficio, el asociado no haya reunido alguno de los requisitos estatutarios o reglamentarios.

Art. 30°) El Comité de Beneficios o el Directorio, podrán solicitar cuantas investigaciones consideren pertinentes, para establecer si la invalidez o el fallecimiento del asociado responden o no a actos ilícitos.

Art. 31°) Si el asociado o sus beneficiarios, impidiesen u obstaculizasen probadamente dicha investigación, se considerará que la invalidez o fallecimiento obedecen a actos ilícitos, lo cual impedirá la concesión del beneficio.

Art. 32°) Tampoco procederá el otorgamiento de los beneficios derivados del Fondo de Ayuda Mutua (FAM), en los casos de:

- a) incapacidad transitoria, que no imposibilite totalmente al asociado el cumplimiento de sus labores habituales;
- b) incapacidad transitoria, que imposibilite al asociado la realización de sus labores habituales, por un plazo menor a siete (7) días;
- c) chequeos de salud preventivos, realizados en el país o en el extranjero;

Art. 33°) El FAM se pagará:

- a) A partir de un mínimo de siete (7) días de reposo.
- b) Una sola vez por cada evento ocurrido en el año; sin embargo, se podrá reclamar el beneficio en el caso que existan otros eventos, solo cuando el posterior no sea consecuencia o continuación del o de los anteriores.

Art. 34°) El monto del beneficio se determinará teniendo en cuenta el tiempo, el tipo de reposo y el lugar de tratamiento, sea el mismo ambulatorio o con internación, la cual podrá ser a su vez con o sin cirugía. A tal efecto se establece la siguiente clasificación:

Grupo I:

Reposo domiciliario	Monto
I. a) Reposo e/ 7 a 15 días:	Gs. 560.000
I. b) Reposo e/ 16 a 31 días:	Gs. 1.400.000

Grupo II:

Reposo con internación sanatorial, sin cirugía o con cirugía ambulatoria

II. a) Reposo e/ 7 a 15 días:	Gs. 1.400.000
II. b) Reposo e/ 16 a 31 días:	Gs. 2.100.000

Grupo III:

Reposo con internación sanatorial y cirugía

III. a) Reposo e/ 7 a 15 días:	Gs. 2.100.000
III. b) Reposo e/ 16 a 31 días:	Gs. 3.500.000

Grupo IV:

Eventos Especiales:

Gs. 10.5000.000

- 1) Internación en terapia intensiva.
- 2) Tratamiento con radio o quimioterapia, por tumores malignos.
- 3) Cirugía cardíaca o cardiovascular
- 4) Cirugía de aneurisma de aorta
- 5) Cirugía encefálica o craneal
- 6) Trasplantes.
- 7) Diálisis renal
- 8) Cateterismo cardíaco, con angioplastia y/o colocación de stent

Art. 35°) El FAM no cubrirá eventos que contemplen reposos por un tiempo máximo de 6 días, así como tampoco internaciones sanatoriales de menos de 24 horas o internaciones en unidades de terapia intensiva por menos de 48 horas.

Art. 36°) Las cirugías, con internaciones sanatoriales menores a 24 horas, serán consideradas como cirugías ambulatorias, las que se encuentran incluidas en el Grupo II y las internaciones sanatoriales sin cirugía, por menos de 24 horas, serán consideradas como reposo domiciliario, correspondientes al Grupo I.

Art. 37°) Los casos de embarazos, con o sin complicaciones, así como el parto normal o la cesárea, incluidas las complicaciones del puerperio si las hubiere, serán beneficiados con un pago único por todo el evento, clasificándose los mismos dentro del grupo IIIa. El beneficio correspondiente podrá ser solicitado, según los plazos y montos establecidos en la reglamentación vigente.

Art. 38°) El derecho a solicitar el beneficio derivado del FAM, caducará a los noventa (90) días de ocurrido el suceso invocado.

Art. 39°) Cuando en un mismo asociado, concurren dos (2) o más causas simultáneas de subsidio por el FAM, se concederá el de mayor monto, con exclusión de las demás.

Art. 40°) En los casos de enfermedades crónicas, que no conllevan a una invalidez o incapacidad permanente, el asociado podrá recibir el beneficio estipulado por el FAM, por una sola vez, de acuerdo a la Reglamentación vigente.

CAPITULO VIII DEL PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCION Y FOMALIZACION DEL BENEFICIO

Art. 41°) El asociado o, en su defecto, los beneficiarios o los herederos, deberán presentar al Centro de Atención al Socio (CAS), la solicitud pertinente, con la documentación que se menciona seguidamente, según el caso:

- a) si se solicitasen los beneficios del FAP, por invocarse una incapacidad definitiva o los del FAM, por aludirse a una incapacidad transitoria del asociado y conforme a lo previsto en esta reglamentación:
 - 1) el o los diagnósticos médicos, expedidos por el o los médicos tratantes;
 - 2) los estudios diagnósticos auxiliares, expedidos por los médicos que lo realizaron;
 - 3) la constancia de internación correspondiente, si lo hubiere, expedida por el centro médico asistencial.
- b) si se solicitasen los beneficios del FAP, por invocarse el fallecimiento de un asociado que no haya sido beneficiado previamente con dicho fondo:
 - 1) En caso que se presente el beneficiario designado por el socio, el mismo deberá acompañar los documentos que justifiquen su identidad, así como el correspondiente certificado de defunción expedido por el Registro del Estado Civil de las Personas;
 - 2) En caso que se presenten la esposa y/o los hijos reconocidos, éstos deberán justificar el fallecimiento del socio por medio del correspondiente certificado y de los documentos que justifiquen el vínculo invocado;
 - 3) En caso que se presenten otros herederos, los mismos deberán presentar, junto con el certificado de defunción del asociado, la correspondiente sentencia declaratoria de herederos. Todas las resoluciones judiciales deberán estar debidamente autenticadas.

Art. 42°) El Centro de Atención al Socio (CAS) deberá verificar:

- a) que la solicitud y documentación presentadas se encuentren completas y se ajuste a los requerimientos formales establecidos precedentemente; y
- b) que el solicitante o el causante, justifiquen los requisitos establecidos para el otorgamiento de los beneficios.

Art. 43°) Dentro del plazo de dos (2) días hábiles de recibida la solicitud, el CAS deberá remitirla al Comité de Beneficios, juntamente con la documentación presentada.

Art. 44°) Son atribuciones y funciones del Comité de Beneficios:

- a) Tratándose de invalidez o incapacidad permanentes:
 - 1) comprobar que la documentación presentada reúna todos los requisitos;
 - 2) conformar la Junta Médica, prevista en el presente reglamento, en el plazo de cinco (5) días hábiles siguientes, a computarse desde el momento en que cuente con toda la documentación que considere pertinente, a fin de que la misma dictamine sobre la existencia o no de la incapacidad invocada;
 - 3) elevar al Directorio, por escrito, su dictamen sobre la procedencia o no del beneficio solicitado, en un plazo máximo de siete (7) días hábiles, luego de haber recibido el informe final de la Junta Médica.
- b) Tratándose de invalidez o incapacidad transitorias:
 - 1) comprobar que la documentación presentada reúna todos los requisitos;
 - 2) realizar todas las evaluaciones e interconsultas que considere necesarias;

- 3) resolver, en el plazo de quince (15) días hábiles, sobre la concesión o no del beneficio solicitado. Dicho plazo podrá ser prorrogado por otro similar, en casos excepcionales
- c) Tratándose de fallecimiento:
- 1) en los casos del FAP:
 - (1) comprobar que la documentación presentada reúna todos los requisitos;
 - (2) dictaminar sobre la procedencia o no del beneficio solicitado, en el plazo de quince (15) días hábiles, a computarse desde el momento en que cuente con toda la documentación que considere pertinente;
 - (3) elevar al Directorio, por escrito, su dictamen sobre la procedencia o no del beneficio solicitado, en un plazo máximo de siete (7) días hábiles.
 - 2) en los casos del FAM: otorgar, sin perjuicio de los demás beneficios que correspondan, un subsidio especial, para cubrir gastos de sepelio, a los beneficiarios, si estuvieran determinados o, a la esposa, hijos u otros herederos, en dicho orden y una vez acreditada tal calidad, cuyo monto será el equivalente a seis (6) Salarios Mínimos legal vigente.

Art. 45°) El Directorio, cuando corresponda, deberá decidir sobre la concesión o no de los beneficios, en el plazo de treinta (30) días hábiles de recibido el dictamen del Comité de Beneficios. Asimismo, deberá notificar la resolución final al o los interesados, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

Art. 46°) Si la decisión adoptada por el Directorio, fuese favorable a la concesión del beneficio:

- a) en el caso del FAP, se aplicará lo establecido en los Estatutos Sociales de la Entidad, según se trate de incapacidad permanente o fallecimiento del asociado.
- b) en el caso del FAM, se comunicará a la Gerencia para la efectivización correspondiente.

Art. 47°) El Directorio establecerá los montos y la forma en que se abonarán los beneficios correspondientes al FAM, en base a un nomenclador elaborado por el Comité de Beneficios y aprobado por el Directorio. No podrá abonarse, en ningún caso, un monto superior al previamente estipulado, aún cuando concurriese más de una causa pasible del beneficio.

Art. 48°) El Directorio establecerá anualmente el monto que será abonado como beneficio derivado del FAP, el cual deberá ser acreditado al Fondo Jubilatorio del asociado beneficiario del mismo. El monto a ser acreditado, corresponderá al vigente al momento de ser presentada la solicitud correspondiente.

Art. 49°) A tal efecto se establecen los montos a ser abonados como beneficio derivado del FAP, de acuerdo a la siguiente escala:

1. **Socios con antigüedad de un (1) año y menor a quince (15) años:** Guaraníes Sesenta y cinco millones (Gs. 65.000.000);
2. **Socios con quince (15) años o más de antigüedad:** Guaraníes Setenta y cinco millones (Gs. 75.000.000).

Art. 50°) Una vez realizado este procedimiento, el Directorio procederá a la formalización del acuerdo respectivo con el asociado o sus beneficiarios o, en su defecto, con sus herederos, en el cual deberá establecerse, además de los derechos y obligaciones en general, las bases para determinar el monto que será percibido por los mismos.

Art. 51°) El beneficiario empezará a percibir el beneficio adquirido, en el plazo establecido en los Estatutos Sociales, contando desde la fecha en que quede firme la resolución favorable del Directorio y una vez cumplido con todos los requisitos que se exigen para tal efecto.

Art. 52°) En los casos del FAM, las resoluciones del Comité de Beneficios que denieguen el beneficio solicitado, podrán ser recurridas ante el Directorio dentro de los quince (15) días hábiles de notificada la misma al interesado. En un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles, el Comité de Beneficios remitirá al Directorio el recurso interpuesto, con todos sus antecedentes. Las resoluciones dictadas por el Directorio en los casos del FAP, en las cuales se denegare el beneficio solicitado, podrán ser recurridas por vía de reposición, dentro de los quince (15) días hábiles de notificada la misma al interesado.

En ambos casos los recursos serán fundados en el mismo escrito en que se interpongan, debiendo el interesado acompañar todas las pruebas de que intente valerse. El Directorio resolverá los recursos interpuestos en el plazo máximo de quince (15) días hábiles y su decisión causará ejecutoria.

Art. 53°) Una vez denegado definitivamente el beneficio solicitado, el mismo no podrá ser reiterado.

Art. 54°) Si se comprobare la existencia de algún fraude o delito, que haya dado lugar al otorgamiento del beneficio, éste deberá anularse, quedando sin efecto alguno el beneficio otorgado. En estos casos, el asociado podrá ser sometido al procedimiento disciplinario establecido en los Estatutos Sociales, independientemente de las acciones legales que correspondan.

CAPITULO IX. DE LA COMISION MÉDICA

Art. 55°) La Comisión Médica será conformada por el Directorio y estará integrada por profesionales médicos, quienes deberán:

1. Estar asociados a la Caja Médica y de Profesionales Universitarios;
2. Estar debidamente acreditados y certificados por las autoridades correspondientes;
3. Poseer reconocida experiencia, solvencia y honorabilidad profesional;
4. No ocupar cargos en los organismos de autoridad o en los comités auxiliares de la Institución.

Art. 56°) Los integrantes de la comisión médica tendrán los siguientes derechos y obligaciones:

- a) Integrar la Junta Médica, de acuerdo a las designaciones realizadas por el Comité de Beneficios y/o por el Directorio;
- b) Percibir la remuneración establecida por el Directorio, solamente por servicios efectivamente prestados;
- c) Presentar al Comité de Beneficios los informes requeridos, en los plazos establecidos y guardando absoluta confidencialidad.

CAPITULO X. DE LA JUNTA MEDICA Y DEL PRECEDIMIENTO A CUMPLIR

Art. 57°) La Junta Médica será conformada por el Comité de Beneficios para cada caso, con, por lo menos, dos (2) profesionales médicos, integrantes de la Comisión Médica.

Art. 58°) Para realizar su evaluación, incluyendo los estudios e interconsultas que consideren necesarios, la Junta Médica dispondrá de un plazo de treinta (30) días hábiles, prorrogable por otro igual, si mediaran razones debidamente justificadas.

Art. 59°) El solicitante deberá presentar toda la documentación que avale su solicitud y si la Junta Médica considera que la misma está incompleta, correrá por cuenta del asociado la presentación de los documentos faltantes. Sin embargo, en los casos en que la Junta Médica

considere necesario corroborar la documentación presentada, los gastos pertinentes correrán por cuenta de la Institución.

Art. 60°) El interesado podrá designar, por su exclusiva cuenta y cargo, a un médico que lo represente en la Junta Médica, el cual podrá participar de las deliberaciones, con voz pero sin voto. Dicho profesional no percibirá remuneración alguna de la Caja Médica.

Art. 61°) Dentro de los siete (7) días hábiles siguientes a los de su nombramiento, la Junta Médica deberá convocar al asociado o, constituirse en el lugar donde el mismo se encontrare guardando reposo, a fin de realizar la evaluación médica correspondiente. Si el asociado, no concurriese a la primera citación y no justificase su inasistencia, se lo volverá a citar para una segunda oportunidad, dentro de los siete (7) días hábiles siguientes. Si el asociado tampoco asistiere sin justificación alguna, la Junta Médica informará sobre esta situación al Comité de Beneficios, el cual podrá resolver:

- a) que otros trámites podrían ser realizados antes de dictarse resolución o,
- b) rechazar sin más trámites la solicitud presentada.

Art. 62°) En el plazo de siete (7) días hábiles de concluida la evaluación, la Junta Médica presentará su dictamen al Comité de Beneficios, el cual, en un plazo similar, contado a partir de haber recibido el dictamen de la Junta Médica, deberá presentar su dictamen final al Directorio.

Art. 63°) En el caso que algún componente de la Junta Médica, incurriese en alguna falsedad, perderá el derecho a su remuneración y será sometido al procedimiento disciplinario establecido en los Estatutos Sociales, independientemente de las acciones legales que correspondan.

Art. 64°) Todos los gastos que demanden la actuación de la Junta Médica, deberán ser costeados con recursos provenientes del Fondo de Solidaridad.

Art. 65°) Cuando lo consideren pertinente, tanto el solicitante, como el Comité de Beneficios o el Directorio, podrán solicitar la llamada “Segunda Opinión Médica”, para lo cual se optará por:

- a) conformar una nueva Junta Médica, con profesionales componentes de la Comisión Médica, que no hayan integrado la primera, o
- b) realizar la consulta pertinente con empresas especializadas en la actividad que corresponda, a nivel nacional o internacional, debidamente acreditadas ante la Caja Médica y de Profesionales Universitarios.

Art. 66°) Los gastos que demanden la “Segunda Opinión Médica”, serán soportados por el interesado y la Entidad, en proporciones iguales, salvo el caso que haya sido solicitada por quien dedujo el recurso de reconsideración contra la decisión denegatoria del beneficio, en cuyo caso los gastos serán de exclusiva cuenta del recurrente.

CAPITULO XI DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Art. 67°) Cualquier modificación, derogación o enmienda a este Reglamento, entrará en vigencia a los treinta (30) días de su aprobación por el Directorio. Este plazo podrá ser prorrogable por otro igual, si mediaran razones debidamente justificadas.

Aprobado en sesión de Directorio de fecha 27 de junio del 2018, según Acta N° 25/2018, bajo la Resolución N° 84-25/2018.

Miembros presentes:

Titulares: Dr. Luis Zanotti - Cavazzoni, Dra. Lisa Cresta, Dr. Roberto Dejesús Chena, Dr. Julio Apodaca y Dr. Luis M. Ruffinelli.

Dr. Roberto Dejesús Chena
Secretario General

Dr. Luis Zanotti Cavazzoni
Presidente

Dr. Luis Ruffinelli
Vicepresidente

Dra. Lisa Cresta
Tesorero

Dr. Julio Apodaca
Vocal