	HOSPITAL RICARDO ACOSTA E.S.E PALOCABILDO	Código	TH – FO - 10
		Versión	5
	FORMATO LISTA CHEQUEO HOJA DE VIDA	Fecha	13-08-2026
		Pagina	1 de 2

NOMBRE DEL TRABAJADOR	Dayron Mestre Ruiz.		
CARGO	Odontologo APS. urbano	FECHA	01-09-2026

Documentos básicos de contratación							
REQUISITO	C	NC	NA	REQUISITO	C	NC	NA
Hoja de vida							
Hoja de vida formato función pública					✓		
Fotocopia documento identidad					✓		
Certificado antecedentes judiciales (Policía nacional)					✓		
Certificado antecedentes fiscales (Contraloría general)					✓		
Certificado antecedentes disciplinarios (Procuraduría general)					✓		
Certificado sistema registro nacional de medidas correctivas (RNMC Policía nacional)					✓		
Certificado inhabilidades de quienes hayan sido condenados por delitos sexuales (Policía)					✓		
Certificado registro deudores alimentarios morosos (REDAM)					✓		
Certificado deudores morosos del estado (BDME)						X	
RUT (con actividad vigente)					✓		
Certificados de experiencia laboral						X	
Carné vacunas (TT, Influenza, HB, Fiebre amarilla, Covid)					✓		
Declaración de bienes y renta de la última vigencia					✓		
Certificación bancaria					✓		
Afiliaciones (EPS, ARL, Pensión, CCF, beneficiarios si aplica)					✓		
Licencia conducción							
Examen ocupacional					✓		
Resolución y acta de posesión o contrato							
Estudio previo y estudio del sector							
Certificado de disponibilidad presupuestal							
Copia del perfil Secop II						X	
Vence 25-09-2026 Póliza de responsabilidad civil vigente (Personal médico sobre $400.000.000, enfermero profesional y bacteriólogo sobre $200.000.000, auxiliares de enfermería y de odontología sobre $100.000.000)					✓		

Soportes de educación formal							
REQUISITO	C	NC	NA	REQUISITO	C	NC	NA
Titulo bachiller y acta de grado	✓			Tarjeta profesional	✓		
Titulo técnico y acta de grado				RETHUS	✓		
Titulo profesional y acta de grado	✓			Resolución convalidación titulos obtenidos			
Titulo especialista y acta de grado				en el extranjero			

Soportes de educación no formal (Cursos)			
REQUISITO	C	NC	NA
Para todo el personal administrativo y asistencial			
Seguridad del paciente Vencido		X	
Humanización en servicios de salud	✓		
Lavado de manos (Realizado en campus virtual OPS)	✓		
Atención al usuario, trato digno, deberes y derechos		X	
Médico			
Soporte vital avanzado, soporte vital básico, soporte vital pediátrico y adaptación neonatal			
Atención a víctimas de violencia sexual			
Curso detección temprana cáncer de mama, cervix, colon y recto, próstata, infantil, implementación de recomendaciones en detección temprana del cáncer, virus de papiloma humano (Realizado en instituto nacional de cancerología)			
Atención a víctimas de ataque con agente químico			
Gestión del duelo			
Cuidado del donante (Realizado en institución aprobada por el INS)			
Point of care testing POCT / Pruebas rápidas en punto de atención			
Asesoría pre y post test VIH			
Resolución 3280 de 2018			
Atención a víctimas del conflicto armado - PAPSIVI, atención con enfoque psicosocial			
Manejo accidente ofídico INS Circular 48 de 2022			
Manejo del dengue (Realizado en campus virtual OPS)			
Manejo de la fiebre amarilla (Realizado en campus virtual OPS)			
Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubeola (Realizado en campus virtual OPS)			
Brote de sarampión en era poseliminación (Realizado en campus virtual OPS)			
Profiláxis de la rabia (Realizado en campus virtual OPS)			
Telemedicina (Personal que realice)			
Jefe de enfermería			
Soporte vital avanzado, soporte vital básico, soporte vital pediátrico y adaptación neonatal			
Atención a víctimas de violencia sexual			
Curso detección temprana cáncer de mama, cervix, colon y recto, próstata, infantil, implementación de recomendaciones en detección temprana del cáncer, virus de papiloma humano, actualización en toma de citología (Realizado en instituto nacional de cancerología)			
Atención a víctimas de ataque con agente químico			
Gestión del duelo			
Point of care testing POCT / Pruebas rápidas en punto de atención			
Asesoría pre y post test VIH			

Resolución 3280 de 2018			
Toma citologías			
Atención a víctimas del conflicto armado - PAPSIVI, atención con enfoque psicosocial			
Manejo del dengue (Realizado en campus virtual OPS)			
Manejo de la fiebre amarilla (Realizado en campus virtual OPS)			
Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubeola (Realizado en campus virtual OPS)			
Brote de sarampión en era poseliminación (Realizado en campus virtual OPS)			
Profiláxis de la rabia (Realizado en campus virtual OPS)			
Cursos conceptos básicos en inmunización, enfermedades prevenibles por vacunación, sistema de información PAI y gerencia del programa ampliado de inmunización (Realizado en campus virtual OPS)			
Telemedicina (Personal que realice)			
Odontólogo			
Soporte vital básico	✓		
Atención a víctimas de violencia sexual Vencido.		X	
Resolución 3280 de 2018		X	
Telemedicina (Personal que realice)			
Bacteriólogo			
Soporte vital básico			
Atención a víctimas de violencia sexual			
Asesoría pre y post test VIH			
Resolución 3280 de 2018			
Manejo del dengue (Realizado en campus virtual OPS)			
Manejo de la fiebre amarilla (Realizado en campus virtual OPS)			
Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubeola (Realizado en campus virtual OPS)			
Brote de sarampión en era poseliminación (Realizado en campus virtual OPS)			
Psicólogo			
Atención primaria en salud con enfoque familiar y comunitario			
Atención a víctimas de violencia sexual			
Resolución 3280 de 2018			
Primeros auxilios psicológicos			
Rutas de atención en salud mental			
Prevención del consumo de sustancias psicoactivas			
Atención con enfoque diferencial y de género			
Salud mental comunitaria			
Gestión del duelo			
Telemedicina (Personal que realice)			
Auxiliar de enfermería			
Soporte vital básico			
Atención a víctimas de violencia sexual			
Atención a víctimas de ataque con agente químico			
Gestión del duelo			
Cursos conceptos básicos en inmunización, enfermedades prevenibles por vacunación, sistema de información PAI y gerencia del programa ampliado de inmunización (Realizado en campus virtual OPS)			
Administración de medicamentos			
Toma de muestras de laboratorio clínico			
Toma citologías			
Manejo del dengue (Realizado en campus virtual OPS)			
Manejo de la fiebre amarilla (Realizado en campus virtual OPS)			
Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubeola (Realizado en campus virtual OPS)			
Brote de sarampión en era poseliminación (Realizado en campus virtual OPS)			
Profiláxis de la rabia (Realizado en campus virtual OPS)			
Resolución 3280 de 2018			
Higienista oral			
Soporte vital básico			
Atención a víctimas de violencia sexual			
Regente de farmacia			
Soporte vital básico			
Atención a víctimas de violencia sexual			
Vigiflow Medra (Realizado en campus virtual del INVIMA)			
Conductor			
Soporte vital básico			
Manejo de ambulancia			
Primeros auxilios			

Revisado			
Firma		**Cargo**	
Verificado			
Firma		**Cargo**	

Firma, nombre y número identificación del trabajador

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MESTRE	RUIZ	DAYRON

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C X C. E PAS No. 73147221

SEXO: F M X

NACIONALIDAD: COL. X EXTRANJERO PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE SEGUNDA CLASE X NÚMERO 73147221 D.M 14

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 06 MES 01 AÑO 1971

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOLIVAR

MUNICIPIO CARTAGENA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

URB.EL CAMPESTRE MZ 44 CASA 13 ETP 4

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOLIVAR

MUNICIPIO CARTAGENA

TELÉFONO 3016264364 EMAIL drestre716@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UNIV	10	X		ODONTOLOGO	06	2000	003698

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE BELEN	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOYACA	BELEN	contratacionesebelen@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3134520364	DÍA 01 MES 10 AÑO 2024	DÍA 31 MES 12 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ODONTOLOGO	EBS - APS - AREA URBANA Y RURAL	CR 6 #4-19

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	CASABIANCA	.hospitalsantodomingogerencia@hospitalsantodomingo.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3105810205 - 3137058827	DÍA 20 MES 03 AÑO 2024	DÍA 06 MES 07 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ODONTOLOGO	EBS - APS - AREA RURAL	CALLE 6 #2-50

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
NORDVITAL IPS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	CAJICA	sofiamadrid226@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3104915124	DÍA 01 MES 02 AÑO 2023	DÍA 30 MES 04 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
COORDINADOR ODONTOLOGICO REGIONAL	ADMINISTRACION CONSULTA EXTERNA	CARRERA 7 #2-32

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION CAMINA CON FE		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOLIVAR	CARTAGENA	fundcafe2369@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3016264364	DÍA 23 MES 06 AÑO 2009	DÍA 31 MES 12 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
DIRECTOR DE PROYECTOS	GERENCIA	Amberes calle bolívar con 20 de Julio #26-112

Dr. Dayron Mestre Ruiz

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	5	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	10	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	10	6
TOTAL, TIEMPO EXPERIENCIA	25	21

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) NO (X) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOM- PATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTA- CIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento CARTAGENA 12 DE AGOSTO DE 2026

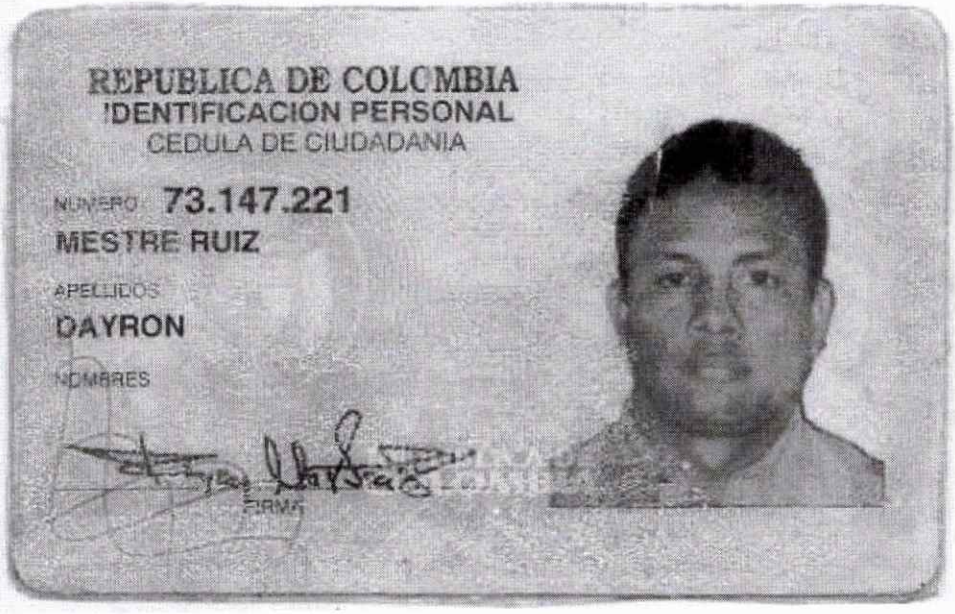
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 73.147.221

MESTRE RUIZ

APELLIDOS

DAYRON

NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 06-ENE-1971

CARTAGENA
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.88 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

28-ABR-1989 CARTAGENA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0500100-00057902-M-0073147221-20080823 0002519323A 1 6070013385

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:12:22 AM horas del 31/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **73147221**

Apellidos y Nombres: **MESTRE RUIZ DAYRON**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 12 de agosto de 2026, a las 15:40:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	73147221
Código de Verificación	731472212608121540 29

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 301071600

PIB
15:59:01

Bogotá DC, 12 de agosto del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DAYRON MESTRE RUIZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 73147221:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha,12/08/2026 08:59:25 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **73147221** y Nombre: **DAYRON MESTRE RUIZ.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **139775715** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 73147221 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 12/08/2026 03:56 PM

Código Verificación: **C79AXQ26LV**

Válida hasta: **10/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141060115724

(415)7707212489984(8020) 000014106011572 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 3 1 4 7 2 2 1	9	Impuestos de Cartagena 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	7 3 1 4 7 2 2 1	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MESTRE	RUIZ	DAYRON	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

41. Dirección principal
BRR EL CAMPESTRE MZ 44 CA 13 ET 4

42. Correo electrónico dmestre716@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 3 0 0 1 2	3 0 1 6 2 6 4 3 6 4	3 1 6 2 7 6 0 9 9 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 2	2 0 0 7 0 8 2 2	7 0 1 0	2 0 1 6 0 2 1 2				2 2 2 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2	2	4	9																						

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																						Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																								57. Modo			
																								58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-07-10 / 07:26:16PM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MESTRE RUIZ DAYRON

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 07-05-2026 08:21:21PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 003bf9e8-1e82-484c-b3cf-a6e454f3dbb7

Nombres y apellidos / Full name: **DAYRON MESTRE RUIZ**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **7 3 1 4 7 2 2 1**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **06/01/1971**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **NO REGISTRA**

Correo electrónico / e-mail: **notiene@gmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination (Día / Day)	(Mes / Month)	(Año / Year)	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
TD Adulto	Primera	28	11	2016		6084A	UPA FATIMA	UPA FATIMA
COVID PFIZER	Primera	5	6	2021	PFIZER	EY0574	CARTAGENA IPS SALUD DEL CARIBE SEDE SANTA LUCIA	KELI YOJANA ROMERO BERRIO
COVID PFIZER	Segunda	26	6	2021	PFIZER	EY0586	CARTAGENA IPS SALUD DEL CARIBE SEDE SANTA LUCIA	KELI YOJANA ROMERO BERRIO
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	18	12	2021	Moderna Biotech	005H21A	CARTAGENA IPS SALUD DEL CARIBE SEDE SANTA LUCIA	GLORIA PATRICIA CAMPO MOLINA
COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	3	6	2022	PFIZER	PCA0070	CARTAGENA IPS SALUD DEL CARIBE SEDE SANTA LUCIA	GLORIA PATRICIA CAMPO MOLINA
Fiebre Amarilla Particular	Única	13	12	2022		V3D568V	SALUD Y BIENESTAR IPS 2	EMIS PATRICIA TORREGLOSA ACEVEDO
Meningococo Tetravalente ACWY Particular	Primera	13	12	2022		V7304SH	SALUD Y BIENESTAR IPS 2	EMIS PATRICIA TORREGLOSA ACEVEDO
Sarampión Rubéola	Adicional	15	12	2022	Serum	0121W134	CARTAGENA UPA NUEVO PORVENIR	ISIS MARGARITA MARTINEZ MARTELO
TD Adulto	Segunda	15	12	2022		2331L011C	UPA NUEVO PORVENIR	ISIS MARTINEZ
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	15	12	2022	Green Cross	V50222005	CARTAGENA UPA NUEVO PORVENIR	ISIS MARGARITA MARTINEZ MARTELO
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	15	2	2023		V7304AH	SALUD Y BIENESTAR IPS 2	EMIS PATRICIA TORREGLOSA ACEVEDO
Hepatitis A Adultos Particular	Primera	15	2	2023		V3E205V	SALUD Y BIENESTAR IPS 2	EMIS PATRICIA TORREGLOSA ACEVEDO
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	18	7	2024	Green Cross	V50524003	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE SAMANA	JAIRO MARTINEZ CORTES
DENGUE TETRAVALENTE PARTICULAR	Primera	15	7	2025		556816	SALUD Y BIENESTAR IPS 2	ERIKA PATRICIA NARANJO VIVANCO - CC1048600898 - Activo

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 003bf9e8-1e82-484c-b3cf-a5e454f3dbb7

Nombres y apellidos / Full name: **DAYRON MESTRE RUIZ**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **7 3 1 4 7 2 2 1**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **06/01/1971**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **NO REGISTRA**

Correo electrónico / e-mail: **notiene@gmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Influenza Adultos Particular	Anual	15	7	2025		K17	SALUD Y BIENESTAR IPS 2	ERIKA PATRICIA NARANJO VIVANCO - CC1048600898 - Activo

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Mnistery of Health and Social Protection certifies that the informatión in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

sigepII FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, DAYRON MESTRE RUIZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 73.147.221 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento BOLIVAR Municipio CARTAGENA DE INDIAS

Dirección URBANIZACION EL CAMPESTRE MZ 44 CASA 13 ETAPA 4 Teléfonos 3016264364

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
DORCEY MESTRE JURADO	9.056.410	PADRE
YADIRA DEL CARMEN RUIZ DE MESTRE	33,146,975	MADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** , QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 6.000.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	$6.000.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORROS	78400000890	CARTAGENA	$ 0
DAVIVIENDA	AHORROS	57300052586	CARTAGENA	$ 0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

Dr. Dayron Mestre Ruiz

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		$
		$
		$

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
FUNDACION CAMINA CON FE	GERENTE
NEXXOS SALUD INTEGRAL SAS	GERENTE

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
FUNDACION CAMINA CON FE	GERENTE
NEXXOS SALUD INTEGRAL SAS	GERENTE

c)En la actualidad: **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CARTAGENA 12 DE AGOSTO DE 2026

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

Dr. Dayron Mestre Ruiz

DIAN

Declaración de renta y complementario personas naturales y asimiladas residentes y sucesiones ilíquidas de causantes residentes

PRIVADA

210

1. Año: 2025

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2118749793318

(415)7707212489984(8020) 000211874979331 8

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6.DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
7 3 1 4 7 2 2 1	9	MESTRE	RUIZ	DAYRON		6

24. Actividad económica principal	25. Cód.	Si es una corrección indique:	26. No. Formulario anterior	27. Fracción año gravable siguiente	28. Uno por ciento (1%) de compras con factura electrónica
7 0 1 0					73,000

Patrimonio	Total patrimonio bruto	29	1,490,000	Deudas	30	21,654,000	Total patrimonio líquido	31	0

Cédula general

Conceptos/rentas	Rentas de trabajo		Rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria		Rentas de capital		Rentas no laborales	
Ingresos brutos	32	19,440,000	43	0	58	0	74	7,895,000
Devoluciones, rebajas y descuentos							75	0
Ingresos no constitutivos de renta	33	0	44	0	59	0	76	0
Costos y deducciones procedentes			45	0	60	0	77	0
Renta líquida	**34**	19,440,000	**46**	0	**61**	0	**78**	7,895,000
Rentas líquidas pasivas - ECE					62	0	79	0
Rentas exentas: Aportes voluntarios AFC, FVP y AVC	35	0	47	0	63	0	80	0
Rentas exentas: Otras rentas exentas	36	4,860,000	48	0	64	0	81	0
Total rentas exentas	**37**	4,860,000	**49**	0	**65**	0	**82**	0
Deducciones imputables: Intereses de vivienda	38	0	50	0	66	0	83	0
Deducciones imputables: Otras deducciones imputables	39	0	51	0	67	0	84	0
Total deducciones imputables	**40**	0	**52**	0	**68**	0	**85**	0
Rentas exentas y/o deduc. imputables (Limitadas)	**41**	4,860,000	**53**	0	**69**	0	**86**	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio			**54**	0	**70**	0	**87**	7,895,000
Pérdida líquida del ejercicio			**55**	0	**71**	0	**88**	0
Compensaciones por pérdidas			56	0	72	0	89	0
Renta líquida ordinaria	**42**	14,580,000	**57**	0	**73**	0	**90**	7,895,000

Ren. líquida céd. gen.	91	27,335,000	Ren. ex. y ded. imp. li.	92	4,933,000	R. líq. ord. cédula gen.	93	22,402,000	Comp. pérdidas año 2018 y ant.	94	0
Comp. exc. ren. presuntiva	95	0	Rentas gravables	96	0	R. líq. grav. cédula gen.	97	22,402,000	Renta presuntiva	98	0

Cédula de pensiones

Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	99	0
Ingresos no constitutivos de renta	100	0
Renta líquida	**101**	0
Rentas exentas de pensiones	102	0
Renta líquida gravable cédula de pensiones	**103**	0

Cédula de dividendos y/o participaciones

Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	104	0
Ingresos no constitutivos de renta	105	0
Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	**106**	0
1a. Subcédula años 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	107	0
2a. Subcédula años 2017 y siguientes parágrafo 2 art. 49 del E.T.	108	0
Dividendos y participaciones recibidas del exterior	109	0
Rentas exentas de la casilla 109	110	0
Renta liquida gravable (Cédula general o renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones, art. 241 E.T.)	111	22,402,000

Ganancias ocasionales

Ingresos por ganancias ocasionales del país y del exterior	112	0
Costos por ganancias ocasionales	113	0
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	114	0
Ganancias ocasionales gravables	**115**	0

Liquidación privada

Impuesto sobre las rentas líquidas gravables

Cédula general, de pensiones y de dividendos y participaciones	116	0
Renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones	117	0
Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a subcédula (Art. 240 E.T.)	118	0
Por dividendos y participaciones año 2016	119	0
Por dividendos y participaciones recibidas del exterior	120	0
Total impuesto sobre las rentas líquidas gravables	**121**	0

Descuentos tributarios

Imp. pagados en el exterior	122	0	Donaciones	123	0
Dividendos, particip. y otros	124	0	Total descuentos trib.	**125**	0

Impuesto neto de renta	**126**	0
Impuesto de ganancias ocasionales	**127**	0
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	128	0
Total impuesto a cargo	**129**	0
Anticipo renta liquidado año gravable anterior	130	0
Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	131	0
Retenciones año gravable a declarar	132	0
Anticipo renta para el año gravable siguiente	133	0

Saldo a pagar por impuesto	134	0	Sanciones	135	0	Total saldo a pagar	136	0	Total saldo a favor	137	0
Número de dependientes económicos	138	0	Adición por dependientes a la casilla 92	139	0	Ud. superó tope indicativo art. 336-1 del E.T., marque X	140	0	Aporte voluntario	141	0

981. Cód. Representación: | Firma del declarante o de quien lo representa

982. Cód. Contador: | Firma contador | 994. Con salvedades:

983. No. Tarjeta profesional:

997. Espacio exclusivo para uso de la entidad recaudadora

DIAN
2026-07-31 / 01:01:07 PM
Fecha Acuse de Recibo
Firmado

980. Pago total $: 0

996. Espacio para el número interno de la DIAN/ Adhesivo

91900471524000

2026392440067 8

RECIBIDO

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **DAYRON MESTRE RUIZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **73147221** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 73147221
NOMBRES Y APELLIDOS	DAYRON MESTRE RUIZ
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	COMPAÑERO (A) PERMANENTE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	22/08/2023
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **12/08/2026**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

ACSALUD I.P.S. S.A.S

Codigo de habilitacion 863200058701 **NIT: 900422854-9**

Dir. DIAG 8° n 5°-36 BARRIO VERGEL Tel. 4291143.

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Folio No: 349724 Admision No: 412109

PACIENTE:	MESTRE RUIZ DAYRON	**E.CIVIL:**	SOLTERO	FECHA ATENCION:	19/03/2026 04:09 p. m.
IDENTIFICACION:	CC73147221	**EDAD:**	55 Años 2 Meses		
No HISTORIA:	73147221	**SEXO:**	Masculino	**TELEFONO:**	3016264364
EMPRESA:	PARTICULARES.	**FEC. NAC:**	06/01/1971	**MUNICIPIO:**	ORITO PUT
REGIMEN:	Contributivo			**DIRECCION:**	ORITO

INFORMACION GENERAL:

EMPRESA:. . . . . ESE HOSPITAL ORITO
CARGO:. . . . . ODONTOLOGO
TIPO DE EXAMEN: . . . . . PRE INGRESO
CONCEPTO DE APTITUD:. . . . . SIN RESTRICICONES PARA EL CARGO

EXAMENES REALIZADOS:

OSTEOMUSCULAR: . . . . . SIN ALTERACIONES
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: SIN RESTRICICONES

RECOMENDACIONES GENERALES:

-CUMPLIR CON LAS INSTRUCCIONES IMPARTIDAS DENTRO DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
-REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN EL PROGRAMA DE GESTION DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA
-BAJAR DE PESO HASTA ALCANZAR EL PESO IDEAL
-HABITOS SALUDABLE , DIETA BALANCEADA , AUMENTARLA INGESTA DE AGUA
-REALIZAR EJERCICIO, ACTIVIDAD AEROBICA Y ANAEROBICA, FORTALECIMIENTO MUSCULAR
-MANIPULAR PESO O CARGAS DE ACUERDO A LOS LIMITES PERMITIDOS SEGÚN SU CONDICION CLINICA , EN CASO DE PESO MAYOR HACER USO DE AYUDAD MECANICAS O DE OTRAS PERSONAS.
-REALIZAR LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR ACCIDENTES LABORALES.

Dr. Edison Burbano
C.C. 97 480 540
RM. 860919 - LIC 456 SSDP
SALUD OCUPACIONAL

PROFESIONAL:	BURBANO GUERRERO EDISON FERNANDO
ESPECIALIDAD:	MEDICO OCUPACIONAL
REGISTRO:	RE 860919 -LIC456
IDENTIFICACION:	CC 97480540

Firma del Paciente

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CARTAGENA	CARTAGENA	ANEXO CAUSA PRIMA	75-03-101019369	1

TOMADOR	**DAYRON MESTRE RUIZ**			CC	**73.147.221**
DIRECCION	**BARRIO EL CAMPESTRE MZ. 32 CASA 15 APARTAMENTO 201 ETAPA 3**	CIUDAD	**CARTAGENA, BOLIVAR**	TELEFONO	**3016264364**
ASEGURADO	**DAYRON MESTRE RUIZ**			CC	**73.147.221**
DIRECCION	**BARRIO EL CAMPESTRE MZ. 32 CASA 15 APARTAMENTO 201 ETAPA 3**	CIUDAD	**CARTAGENA, BOLIVAR**	TELEFONO	**3016264364**
BENEFICIARIO	**TERCEROS AFECTADOS**			NIT	**0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
07 / 10 / 2025	**25 / 09 / 2025**	**25 / 09 / 2026**	**07 / 10 / 2025**	**25 / 09 / 2026**

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
DIRECTA	4013	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: ODONTOLOGÍA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 300,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 300,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 60,000,000.00

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD ° 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 15,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******100,000,000.00	PRIMA:	$ ***********64,188.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ***********12,195.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ***********76,384.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIM SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EI ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 8 NO 34-62 PISO 8, TELÉFONO 6601144 - CARTAGENA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11013107422201(3900)000000076384(96)20251121

REFERENCIA PAGO:
1101310742220-1

75-03-101019369

FIRMA AUTORIZADA

JOSECASTELLON

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CARTAGENA	ANEXO CAUSA PRIMA	75-03-101019369	1

TOMADOR	DAYRON MESTRE RUIZ			CC	73.147.221
DIRECCION	BARRIO EL CAMPESTRE MZ. 32 CASA 15 APARTAMENTO 201 ETAPA 3	CIUDAD	CARTAGENA, BOLIVAR	TELEFONO	3016264364
ASEGURADO	DAYRON MESTRE RUIZ			CC	73.147.221
DIRECCION	BARRIO EL CAMPESTRE MZ. 32 CASA 15 APARTAMENTO 201 ETAPA 3	CIUDAD	CARTAGENA, BOLIVAR	TELEFONO	3016264364
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

1.2.3EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ETICA MEDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO POR SEGURESTADO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO. PARA TODOS LOS PROCESOS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVOS, SI EL ASEGURADO ES CONDENADO POR RAZON DE UNA CONDUCTA DOLOSA, DEBERA RESTITUIR A SEGURESTADO LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA QUE SE HUBIEREN RECONOCIDO.

2.EXTENSIONES DE COBERTURA
CON SUJECION A LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO, LA COBERTURA BASICA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A PACIENTES DEL ASEGURADO Y/O TERCEROS, A CONSECUENCIA DE:
2.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS
SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE.

NO OBSTANTE, LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN EL CAPITULO II DE ESTE CONDICIONADO.

2.2RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR LA POSESION Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO, SIEMPRE QUE DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y SIEMPRE QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE.
2.3RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES (PLO), POR:

1.LA PROPIEDAD, USO O POSESION DE LOS PREDIOS EN DONDE EL ASEGURADO EJERCE Y/O DESARROLLA SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD Y QUE APARECEN DESCRITOS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

2.LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE APARECEN DESCRITAS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.
3.LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS.

PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL, OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS, CON UN LIMITE NO INFERIOR A:

PARAGRAFO: ESTA EXTENSION AL AMPARO BASICO, TENDRA COBERTURA CUANDO EL ASEGURADO TENGA UN CONSULTORIO A SU SERVICIO, Y SEA REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:
COBERTURA SUBLIMITE LOS SUBLIMITES INDICADOS HACEN PARTE DEL LIMITE ASEGURADO Y NO EN ADICION AL MISMO.

AMPARO BASICO $300.000.000
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS
$300.000.000
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD $300.000.000

GASTOS DE DEFENSA LIMITE POR:
EVENTO $15.000.000
VIGENCIA $60.000.000

DEDUCIBLES:
GASTOS DE DEFENSA : 10%
DEMAS AMPAROS :10% MINIMO 1 SMMLV

EXCLUSIONES
BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS, DAÑOS Y/O PERJUICIOS CONSISTENTES EN, ORIGINADOS POR, CONSECUENCIA DE, O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

1.RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHOS DAÑOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN EVENTO ADVERSO PROVOCADO POR UN ACTO MEDICO NO DESEADO, ORGANISMOS PATOGENOS Y/O FACTOR HEREDITARIO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO O HASTA DOS (2 AÑOS) DESPUES DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCION HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.

2.DAÑOS Y/O PERJUICIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION DE LA SALUD CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA, DE ACTOS MEDICOS PROHIBIDOS POR LA LEY O QUE SE PRESTEN SIN LA AUTORIZACION DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
CARTAGENA	ANEXO CAUSA PRIMA	75-03-101019369	1

TOMADOR	DAYRON MESTRE RUIZ			CC	73.147.221
DIRECCION	BARRIO EL CAMPESTRE MZ. 32 CASA 15 APARTAMENTO 201 ETAPA 3	CIUDAD	CARTAGENA, BOLIVAR	TELEFONO	3016264364
ASEGURADO	DAYRON MESTRE RUIZ			CC	73.147.221
DIRECCION	BARRIO EL CAMPESTRE MZ. 32 CASA 15 APARTAMENTO 201 ETAPA 3	CIUDAD	CARTAGENA, BOLIVAR	TELEFONO	3016264364
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

25.LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.
26.ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA.
27.ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
28.FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.
29.DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.
30.RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO. EN TODO CASO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA SI SE ENCUENTRA AMPARADA.
31.ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD), SALVO CUANDO EXISTA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE CONSTITUIDA, PARA PRESTAR SERVICIOS DE PHD O DE SHEC, QUE TENGA HABILITADOS DICHOS SERVICIOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
32.POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.
33.MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
34.RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.
35.ACTIVIDADES REALIZADAS POR UN ASEGURADO QUE TOTAL O PARCIALMENTE SIRVA, COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA O ALTO EJECUTIVO DE CUALQUIER ENTIDAD, CUANDO LOS PERJUICIOS QUE SE LE RECLAMAN PROVENGAN DE DICHA ACTIVIDAD COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA
36. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:
I-GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASION, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELION, REVOLUCION, INSURRECCION, O CONMOCION CIVIL ALCANZANDO LA PROPORCION DE, O LLEGANDO A CONSTITUIRSE EN UN LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.
II-CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.

37.CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.
38.TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:
39.ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIO O SERVIDOR PUBLICO SEGUN LO DEFINE LA LEY. EN TODO CASO SE ENCUENTRA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR LA QUE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.
40.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL O POR ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS
41.LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.
42.EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
43.ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
44.LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.
45.EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
46.CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.
47.EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO DE ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.
48. HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.
49.AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO O REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.
50.CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.
51.RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE O PROVEEDOR DEL EQUIPO.
52.CUANDO EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.
53.EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD
54.LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
55.PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

La República de Colombia

y en su nombre

El Colegio Fernández Bustamante

de Cartagena, Bolívar

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional,
según Resolución No. 18085 del 29 de Septiembre de 1.983, en su Sección Diurna

Confiere a:

DAYRON MESTRE RUIZ

Identificado con C. C. No. 73.147 221 de CARTAGENA
el título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Rector

Secretaria

Cartagena, 17 de DICIEMBRE de 1.98 6

Anotado al folio 99 del Libro de Registro No. 4
Rg 4733

Secretaría de Educación

Dado en Cartagena a 5 de julio de 1.99 1

EN EL NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION

LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO COMPLETADO POR NUESTRO ALUMNO

DAYRON MESTRE RUIZ

C.C. No. 73.147.221 de Cartagena

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS LE OTORGA EL TITULO DE

O D O N T O L O G O

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

VICE RECTOR

RECTOR

DIRECTOR DEL PROGRAMA

ANOTADO AL FOLIO 33 DEL LIBRO 1/96

NUMERO DE REGISTRO 8 - 0763

DIA 12 DEL MES JUNIO DEL AÑO 2.000

UNIVERSIDAD METROPOLITANA
CIENCIAS DE LA SALUD

Acta de Grado: Programa de ODONTOLOGIA

CÓDIGO: 0-51-2069-00

Otorgada a **DAYRON MESTRE RUIZ**
C.C. No. 73.147.221 de Cartagena -Bol.

En Barranquilla a los 2 días del mes de junio de 2000 el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana y su Vice-Rector , Decano de División, Directores de Programa de Medicina, Bacteriología, Fisioterapia, Enfermería, Psicología, Odontología, Trabajo Social, Nutrición y Dietética, Filosofía y Letras, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, y Optometría, en presencia de su cuerpo docente, se reune en el Salón de Actos de la Institución para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar Grado Académico.
Hecho el juramento profesional, el graduado recibe el diploma, que dice así:

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA, COLOMBIA, HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO:

DAYRON MESTRE RUIZ
C.C. No. 73.147.221 de Cartagena -Bol.

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS, LE OTORGA EL TITULO DE:

ODONTOLOGO

EN CONSTANCIA DE ELLOS SE FIRMA Y REFERENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA.

Tras de felicitar a los graduados se dio por clausurado el Acto de Grado, a los 2 días del mes de junio de 2000

EDUARDO ACOSTA BENDEK
RECTOR

JESUS SAEZ DE IBARRA
VICE-RECTOR

MARIO MALDONADO SANCHEZ
DIRECTOR DEL PROGRAMA DE ODONTOLOGIA

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DE BOLÍVAR

RESOLUCIÓN NÚMERO 13003698

Por la cual se registra un título

EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DE BOLIVAR

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994

CONSIDERANDO:

Que DAYRON NESTRA RUIZ C.C. No 73'147.221

De CARTAGENA (BOL.) ha solicitado el registro de su TITULO de ODONTOLOGO

Que le otorgó LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA

El 2 de Junio del 2000

Que dicho título se encuentra debidamente registrado en la Secretaria de Educacion de U.Metropolitana

Al Folio 32 del Libro 1/96 el 2 de Junio del 2000

NOTA: EGRESADO DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO SEGUN RESOLUCION No.1650 DEL 29 DE JUNIO DEL 2000

RESUELVE:

ARTICULO UNICO: Autorizar a DAYRON NESTRE RUIZ

para ejercer la profesion de ODONTOLOGO

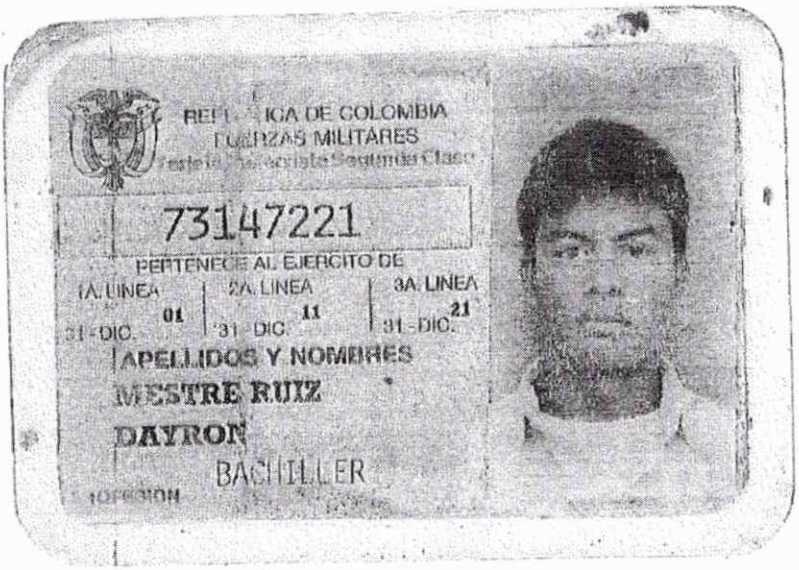
en todo el territorio nacional

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Dada en la Ciudad de Cartagena a los 19 JUN 2000

SECRETARIO DE SALUD DE BOLIVAR

JEFE DIVISION DE ASEGURAMIENTO Y SERVICIOS DE SALUD



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Libreta Militar Soldado Segunda Clase

73147221

PERTENECE AL EJERCITO DE

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31-DIC. 01	31-DIC. 11	31-DIC. 21

APELLIDOS Y NOMBRES
MESTRE RUIZ
DAYRON

PROFESION BACHILLER



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
   - Tomar posesión de los empleos públicos o privados
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Obtener, refrendar el pase o licencia para conducir vehículos
   - Registrar título como profesional y ejercer la profesión
   - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada.
   - Obtener el pasaporte o ingresar a la universidad
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

TE.FILOCARIS PINZON TURCIOS
CDTE. DIM. No. 55

73147221
DUPLICADO
20 MAY 94
FECHA EXP.

36-8b17-b41a870fe83c

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Dayron Mestre Ruiz

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

ersión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenW

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 77,67 %

8 de septiembre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

Certieducación
NIT: 1069731024-5

Bajo el Código Único Interno A09A25EXP5221 certifica que

Dayron Mestre Ruiz

Con **Cédula de Ciudadanía** N. **73147221**

Finalizó exitosamente el curso de

HUMANIZACIÓN EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia
a partir del día **15** de **SEPTIEMBRE** de **2025**

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 10100312384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional.
Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.certieducacion.com/legalidad/

Certieducación
NIT: 1069731024-5

Bajo el Código Único Interno A09A25EXP5220 certifica que

Dayron Mestre Ruiz

Con **Cédula de Ciudadanía** N. **73147221**

Finalizó exitosamente el curso de

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia
a partir del día **15** de **SEPTIEMBRE** de **2025**

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla
Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1016012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional.
Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.certieducacion.com/legalidad/

Certieducación
NIT: 1069731024-5

Bajo el Código Único Interno A09A25EXP5215 certifica que

Dayron Mestre Ruiz

Con **Cédula de Ciudadanía** N. **73147221**

Finalizó exitosamente el curso de

DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y MANEJO DEL DENGUE

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia
a partir del día **15** de **SEPTIEMBRE** de **2025**

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 10100123B4

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional.
Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.certieducacion.com/legalidad/

Certieducación
NIT: 1069731024-5

Bajo el Código Único Interno A09A25EXP5216 certifica que

Dayron Mestre Ruiz

Con **Cédula de Ciudadanía** N. **73147221**

Finalizó exitosamente el curso de

ATENCIÓN A VÍCTIMAS CON AGENTES QUÍMICOS (AQS)

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia
a partir del día **15** de **SEPTIEMBRE** de **2025**

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla
Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional.
Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.certieducacion.com/legalidad/

compensar | salud

Entrenamiento para el Servicio

La Universidad Corporativa Consorcio Salud

CERTIFICA QUE:

Dayron Mestre Ruiz

Asistió al curso: Curso Nacional de Modelo de Atención en Salud - Asistencial
diseñado y dirigido a nuestra red de aliados y proveedores,
realizado en la ciudad de Bogotá D.C. el jueves 30 de marzo de 2023

Claudia Janneth Quintero Castillo
Gerente de Gestión Humana EPS

Hugo Alejandro Gutierrez Gómez
Gerente de Contratación de Red
Compensar - Unidad Salud

Universidad Corporativa Consorcio Salud

Certieducación
NIT: 1069731024-5

Bajo el Código Único Interno A09A25EXP5219 certifica que

Dayron Mestre Ruiz

Con **Cédula de Ciudadanía** N. **73147221**

Finalizó exitosamente el curso de

RADIOPROTECCIÓN

con 70 horas de intensidad y dos años de vigencia
a partir del día **15** de **SEPTIEMBRE** de **2025**

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional.
Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.certieducacion.com/legalidad/

Certificación
Bancaria

Miércoles, 12 de agosto de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que DAYRON MESTRE RUIZ identificado(a) con CC 73147221, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	78400000890	2020-10-05	Activo	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co