



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 20254203058491

Fecha: 2025-12-02 19:34

Página 1 de 1

**Contestar a esta dependencia:**  
**DOP – Determinación del Deudor**

Bogotá D.C.,

Señor

**JOSE LUIS MESTRA**

[mej6431@gmail.com](mailto:mej6431@gmail.com)

**Asunto:** Respuesta **RAD. 20256306650812** - Información

Respetado señor Mestre:

Por medio de la presente; me permito dar contestación a su solicitud por medio de la cual requiere "(...) *Saber si el señor Manuel María castro ya fallecido CC 6576316 tendría obligación de deuda con adres (...)*", informándole que deberá allegar el respectivo **CERTIFICADO DE DEFUNSIÓN** a nombre del mencionado.

Para finalizar, no permitidos informar que sus peticiones las puede realizar a través del correo electrónico [correspondencia1@adres.gov.co](mailto:correspondencia1@adres.gov.co) o en las instalaciones de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES ubicada en la Av. Calle 26 No. 69-76 Torre 1 Piso 16, en el horario de atención al cliente de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

Cordialmente,



Firmado Digitalmente por  
Yasmín Escamilla B.  
Directora (E) de Otras Prestaciones

**YASMÍN ESCAMILLA B.**

Directora (E) de Otras Prestaciones

Elaboró: Estefania Santofimio S.- Contralista  
Revisó: Rafael Enrique Roa – Abogado  
Expediente: CC 6576316 Manuel Maria Castro  
Anexos: Sin anexos

---

**Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES**

Dirección: Avenida El Dorado Calle 26 No. 69-76 Torre 1 Piso 16

Centro Empresarial Elemento, Código Postal 111071, Bogotá D.C., Colombia

Conmutador: (+57) 601 4322760

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 423 737