



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 20264200824651

Fecha: 2026-06-23 16:45

Página 1 de 3

Contestar a esta dependencia:
DOP – Determinación del Deudor

Bogotá D.C.,

Señor(a)

MARIA DEL PILAR FIERRO CASTRILLON

andre_0608@live.com

Asunto: Respuesta a los Radicados Nos. 20266303606902 y 20266303606942

Respetado(a) Señor(a) María del Pilar,

En atención a las comunicaciones identificadas con los radicados del asunto, en las cuales solicita:

*"(...) **Asunto:** Re: Comunicación emitida por ADRES Orfeo 20254200371161*

Por favor revisar mi caso, ya q yo pagué lo q tenía pendiente con uds el pasado 28 de marzo de 2025 y se los hice saber mediante correo electrónico de echo use me contestaron, y me están llegando correos q tengo una obligación pendiente con uds, y llamo a la línea telefónica de uds y me dicen q yo estoy al día

Por favor me dejan documento donde me digan q estoy a paz y salvo de verdad q esta situación de recibir estos mensajes es muy molesta ...

... Por favor revisar este caso ya q me llegó de nuevo una carta donde me dicen q estoy en deuda con uds cuando este pago se realizó el año pasado y realmente es agotador estar enviando mensajes para q me saquen de un cobro q ya se hizo...(..."

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, en ejercicio de las atribuciones legales y reglamentarias, conforme a lo establecido en la ley 1437 de 2011 y la Ley 1755 de 2015, se permite emitir respuesta integral y de fondo a su petición en los siguientes términos:

Efectivamente, mediante oficio radicado No. 20254200108471 de fecha 04/07/2025 la ADRES le comunico que usted había cancelado la obligación contenida dentro de la Resolución No. 92308 del 6 de agosto del 2024, concerniente a la reclamación No. 12617502. No obstante, también le informo que:

"...es posible que la misma IPS u otra IPS radique nuevas reclamaciones por la atención médica prestada en el siniestro acaecido el día 16/12/2021, o se radiquen nuevas reclamaciones por la atención médica prestada a las víctimas e indemnizaciones que se originen como producto del siniestro acaecido el día 16/12/2021, o frente a otro accidente de tránsito en el cual no se cuente con póliza de seguro obligatorio SOAT legal y vigente"

Ahora bien, para el accidente acaecido el día 16/12/2021 el prestador allegó factura por los servicios de "Gastos de transporte y Movilización de víctimas" de la siguiente manera:

ACCIDENTE FECHA: 16/12/2021

PRESTADOR: RVP RESCATE VIDA PROPOSITO S.A.S allego factura por los servicios de:

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



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 20264200824651

Fecha: 2026-06-23 16:45

Página 2 de 3

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

Amparos que reclama -- Declaración de la institución prestadora de servicios de salud

Amparos Reclamados	Total Facturado	Total Reclamado	Total Aprobado
Gastos de transporte y Movilización de víctimas	\$ 302.800,00	\$ 302.800,00	\$ 302.800,00

Así las cosas, se adjunta a la presente comunicación el Formulario único de reclamación de gastos de transporte y movilización de víctimas (FURTRAN), donde se evidencia los datos de la entidad reclamante, la víctima, la fecha del evento, los servicios y valor. Adicionalmente, se adjunta copia de la factura allegada.

En línea con lo anterior, usted adeuda a la ADRES a la fecha:

Nombres	Reclamacion-ID	Numero_Reclamacion	PLACA	Fecha_Giro	Fecha_Accidente	Valor Giro	Valor Giro Indexado
MARIA DEL PILAR FIERRO CASTRILLON	17937362	12983460	WHD59C	28/03/2025	16/12/2021	\$ 302.800	\$ 323.634
VALOR TOTAL						\$ 302.800	\$ 323.634

El valor anteriormente descrito podrá ser pagado hasta el día 30 de junio de 2026, no obstante, se precisa que, en caso de no realizarse el pago de la obligación en el periodo anteriormente mencionado, dicha suma se deberá indexar nuevamente a la fecha en la que se produzca el pago. Por consiguiente, la actuación administrativa versará sobre esta suma y los demás pagos que se llegaren a realizar con ocasión del mismo accidente.

Así mismo, se reitera que, es posible que la misma IPS u otra IPS radique nuevas reclamaciones por la atención médica prestada en el siniestro acaecido el día 16/12/2021, o se radiquen nuevas reclamaciones por la atención médica prestada a las víctimas e indemnizaciones que se originen como producto del siniestro acaecido el día 16/12/2021, o frente a otro accidente de tránsito en el cual no se cuente con póliza de seguro obligatorio SOAT legal y vigente.

Ahora bien, **para realizar el pago de la obligación o realizar abonos a la misma**, sin perjuicio de los intereses que pueda causarse, esta Entidad habilitó las siguientes cuentas:

1. BANCO BBVA

Cuenta Corriente No. 30903860-2

Titular: ADRES – “Procesos de Repetición A.T. y Restituciones sobre Reclamaciones”

NIT. 901037916-1

Referencia - Identificación depositante: Número de documento de identidad del propietario del vehículo involucrado en el accidente de tránsito.

Nombre depositante

Teléfono depositante

Asociando al código:

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



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 20264200824651

Fecha: 2026-06-23 16:45

Página 3 de 3

Contestar a esta dependencia:
DOP – Determinación del Deudor

02	RECAUDO ABIERTO - PROCESOS DE REPETICION	Corresponde al pago total de la obligación a favor de la ADRES
----	--	--

2. BANCO AGRARIO DE COLOMBIA

Cuenta de Ahorros No. 4-0070-3-02148-2

Titular: ADRES – “Recursos Cobro Coactivo RM”, NIT. 901037916-1

El código: 14370 y como referencias:

Referencia 1: Número de Identificación del deudor. (4-11 caracteres)

Referencia 2: Número teléfono. (7-10 caracteres)

Referencia 3: Nombre y apellido del deudor. (4-47 caracteres)

Si realiza pagos parciales, se tomarán como abono a la obligación total. Adicionalmente, se le informa que, una vez realice el pago de la obligación a su cargo, deberá enviar el comprobante de pago al correo electrónico correspondencia1@adres.gov.co

De este modo se da respuesta de fondo a su petición y se reitera que la no cancelación de la obligación pendiente conlleva a continuar con el cobro por los medios jurídicos que otorga la ley, con los intereses moratorios y gastos que cause su cobranza. Cualquier información adicional podrá ser elevada al correo electrónico correspondencia1@adres.gov.co.

Cordialmente,



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

YASMÍN ESCAMILLA B.
Directora (E) de Otras Prestaciones

Revisó: Rafael Enrique Roa Pinzón- Abogado Contratista
Elaboró: Mónica Murcia Castro- Contratista
Expediente: MARIA DEL PILAR FIERRO CASTRILLON- C.C. 66916758
Anexos: cuatro (4) folios.

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