



**MEDELLÍN, 15 DE MAYO DE 2024**

EL FONDO ROTATORIO DE ESTUPEFACIENTES DE ANTIOQUIA SE PERMITE DAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CON RELACIÓN A:

**RECETARIOS OFICIALES DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL**

La Resolución 1478 de 2006, por la cual se expiden normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son monopolio del Estado, regula en su artículo 84 el uso del recetario oficial determinando que *“La prescripción de medicamentos de control especial para uso humano o veterinario solo se podrá efectuar en los recetarios oficiales suministrados por los Fondos Rotatorios de Estupefacientes, para médicos en ejercicio legal de su profesión y/o por Comvezcol para médicos veterinarios y médicos veterinarios zootecnistas.”*

Por lo anterior, se da a conocer los Recetarios Oficiales que han sido Distribuidos por el Fondo Rotatorio de Estupefacientes de Antioquia y que se encuentran en circulación en el Departamento de Antioquia.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
República de Colombia

RECETARIO QUE SE DISTRIBUYE EN LA ACTUALIDAD (A PARTIR DE NOVIEMBRE DE 2017)

República de Colombia  
Fondo Nacional de Estupefacientes  
Ministerio de Salud y Protección Social

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA  
FONDO ROTATORIO DE ESTUPEFACIENTES

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

RECETARIO OFICIAL MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

PROTEJA AQUÍ PARA VERIFICAR SU AUTENTICIDAD

RECETARIO OFICIAL MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

No. 2504951

1. PACIENTE

Fecha: Día: Mes: Año:

Primer apellido Segundo apellido Nombres

Documento de identificación Número Edad Género

R.C.  T.I.  C.C.  Otro ¿Cuál? F  M

Dirección residencia Teléfono(s) Municipio Departamento

Afiliación al S.G.S.S.S.  Subsidado  Contributivo  Otro ¿Cuál? Nombre de la entidad aseguradora

2. MEDICAMENTOS

Nombre genérico	Concentración	Forma farmacéutica	Dosis / vía de administración / frecuencia de administración	Cantidad prescrita	
				En números	En letras

Código CIE10:

Tiempo del tratamiento: Diagnóstico:

3. PROFESIONAL  Médico  Odontólogo  Especialidad ¿Cuál?

Primer apellido Segundo apellido Nombres

Documento de identificación Número Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión (No. y fecha) Firma

C.C.  Otro ¿Cuál? Dirección Teléfono(s) Ciudad

Institución donde labora

4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (Para diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico)

Apellidos y nombres de quien recibe el medicamento		Documento de identificación	Firma
Apellidos y nombres del dispensador		Documento de identificación	Firma

Medicamentos Dispensados	Cant. Entregada en Números	Cant. Entregada en Letras	Fecha (dd/mm/aa)	Cant. Entregada en Números	Cant. Entregada en Letras	Fecha (dd/mm/aa)

Establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico Dirección

Señor usuario: Esta fórmula médica con medicamentos de control especial solo tiene una vigencia de quince (15) días a partir de la fecha de prescripción.

ORIGINAL - ESTABLECIMIENTO O SERVICIO FARMACÉUTICO QUE DISPENSA



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)  
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000  
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
República de Colombia

RECETARIOS DISTRIBUIDOS EN ÉPOCAS ANTERIORES Y QUE PUEDEN SEGUIR UTILIZANDOSE.

1. PACIENTE		Fecha	Día:	Mes:	Año:
Primer apellido		Segundo apellido		Nombres	
Documento de identificación		Número		Edad	Género
<input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?		Dirección residencia		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Departamento
Teléfono(s)		Municipio		Departamento	
Afilianción al S.G.S.S.S. <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Contributivo <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?				Nombre de la entidad aseguradora	
2. MEDICAMENTOS					
Nombre genérico	Concentración	Forma farmacéutica	Dosis / vía de administración / frecuencia de administración	Cantidad prescrita	
				En números	En letras
Tiempo del tratamiento:		Diagnóstico:		Código CIE10:	
3. PROFESIONAL					
<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Especialidad ¿Cuál?		Código CIE10:			
Primer apellido		Segundo apellido		Nombres	
Documento de identificación		Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión (No. y fecha)		Firma
<input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Otro		Institución donde labora		Dirección	Teléfono(s)
				Telefono(s)	Ciudad
4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (Para diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico)					
Apellidos y nombres de quien recibe el medicamento		No. de identidad		Firma	
Apellidos y nombres del dispensador		No. de identidad		Firma	
Medicamentos dispensados				Cantidad en números	
Establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico			Dirección		Fecha de dispensación
					Día: Mes: Año:
<p>Señor usuario: Esta fórmula médica con medicamentos de control especial solo tiene una vigencia de quince(15) días a partir de la fecha de prescripción.</p>					

ORIGINAL - ESTABLECIMIENTO O SERVICIO FARMACÉUTICO QUE DISPENSA



Centro Administrativo Departamental José María Córdoba (La Alpujarra)  
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000  
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
República de Colombia

República de Colombia  
Fondo Nacional de Estupefacientes  
Ministerio de Salud y Protección Social

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA  
FONDO ROTATORIO DE ESTUPEFACIENTES

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

N° 300006

Libertad y Orden

RECETARIO OFICIAL MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

**1. PACIENTE**

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

FECHA: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Documento de Identificación: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

R.C.  T.L.  C.C.  Otro Cuál? \_\_\_\_\_ F. \_\_\_\_\_ M. \_\_\_\_\_

Dirección residencia: \_\_\_\_\_ Teléfono(s): \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Afiliación al S.G.S.S.S.  Subsidiado  Contributivo  Otro Cuál? \_\_\_\_\_ Nombre de la entidad aseguradora: \_\_\_\_\_

**2. MEDICAMENTOS**

Nombre genérico	Concentración	Forma farmacéutica	Dosis / Via de administración / Frecuencia de administración	Cantidad prescrita	
				En números	En letras

Tiempo de tratamiento: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Código CIE 10: \_\_\_\_\_

**3. PROFESIONAL**  Médico  Odontólogo  Especialidad, cuál? \_\_\_\_\_

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Documento de Identificación: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión (N° y Fecha): \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

C.C.  Otro Cuál? \_\_\_\_\_

Institución donde labora: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono(s): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

**4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (Para diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico)**

Apellidos y nombres de quien recibe el medicamento	N° de Identidad	FIRMA
Apellidos y nombres del dispensador	N° de Identidad	FIRMA
Medicamentos dispensados	Cantidad en números	

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

Establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha de dispensación: \_\_\_\_\_

Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Señor Usuario: Esta fórmula médica con medicamentos de control especial solo tiene una vigencia de quince (15) días a partir de la fecha de prescripción.

ORIGINAL - ESTABLECIMIENTO O SERVICIO FARMACÉUTICO QUE DISPENSA



Centro Administrativo Departamental José María Córdoba (La Alpujarra)  
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000  
Medellín - Colombia.



SC4887-1



**GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA**  
República de Colombia

65885

 República de Colombia Fondo Nacional de Estupefacientes Ministerio de Salud y Protección Social Libertad y Orden		<b>GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA</b> SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA FONDO ROTATORIO DE ESTUPEFACIENTES		 No. 152521	
<b>1. PACIENTE</b>					
Primer apellido		Fecha Día:		Mes:	
Segundo apellido		Año:		Nombres	
Documento de identificación		Número		Edad	
<input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?		Género		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Dirección residencia		Teléfono(s)		Municipio	
Departamento		Afiliação al S.G.S.S.S. <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Contributivo <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?		Nombre de la entidad aseguradora	
<b>2. MEDICAMENTOS</b>					
Nombre genérico		Concentración		Forma farmacéutica	
Dosis / vía de administración / frecuencia de administración		Cantidad prescrita En números		Cantidad prescrita En letras	
Tiempo del tratamiento: Diagnóstico <span style="float: right;">Código CIE10:</span>					
<b>3. PROFESIONAL</b> <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Especialidad ¿Cuál?					
Primer apellido		Segundo apellido		Nombres	
Documento de identificación		Número		Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión (No. y fecha)	
<input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Otro		Firma		Institución donde labora	
Dirección		Teléfono(s)		Ciudad	
<b>4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (Para diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico)</b>					
Apellidos y nombres de quien recibe el medicamento		No. de Identidad		Firma	
Apellidos y nombres del dispensador		No. de Identidad		Firma	
Medicamentos dispensados		Cantidad en números			
Establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico		Dirección		Fecha de dispensación	
Día:		Mes:		Año:	
Señor usuario: Esta fórmula médica con medicamentos de control especial solo tiene una vigencia de quince(15) días a partir de la fecha de prescripción.					

ORIGINAL - ESTABLECIMIENTO O SERVICIO FARMACÉUTICO QUE DISPENSA



**Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)**  
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000  
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
República de Colombia

 República de Colombia Fondo Nacional de Estupefacientes Ministerio de Salud y Protección Social		GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA FONDO ROTATORIO DE ESTUPEFACIENTES RECETARIO OFICIAL PARA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL		 N°A 222251	
<b>1. PACIENTE</b>					
Fecha / Día		Mes		Año	
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres	
Documento de Identificación					
Número		Edad		Género	
<input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Otro Céd?				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Dirección de Residencia		Teléfono(s)		Municipio	
				Departamento	
Afilación al S.G.S.S.S. <input type="checkbox"/> Subsidado <input type="checkbox"/> Contributiva <input type="checkbox"/> Otro Céd? <input type="checkbox"/>					
Nombre de la entidad aseguradora					
<b>2. MEDICAMENTOS</b>					
Nombre Genérico		Concentración		Forma Farmacéutica	
				Dosis diaria / Vía de administración / Frecuencia de administración	
				Cantidad prescrita	
				En números	
				En letras	
TIEMPO DEL TRATAMIENTO					
DIAGNÓSTICO: <span style="float: right;">CÓDIGO CIE 10:</span>					
<b>3. PROFESIONAL</b> <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Especializado Especialidad, Céd? <input type="checkbox"/>					
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres	
Documento de Identificación		Número		Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión (N° y Fecha)	
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Otro Céd? <input type="checkbox"/>				FIRMA	
Institución donde labora		Dirección		Teléfono(s)	
				Ciudad	
<b>4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (Para diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico)</b>					
Apellidos y nombres de quien recibe el medicamento		N° de Identidad		FIRMA	
Apellidos y nombres del dispensador		N° de Identidad		FIRMA	
Medicamentos dispensados		Cantidad en números			
Establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico		Dirección		Fecha de dispensación	
				Día: Mes: Año:	
Señor Usuario: Esta fórmula médica con medicamentos de control especial sólo tiene una vigencia de quince (15) días a partir de la fecha de prescripción.					

ORIGINAL - ESTABLECIMIENTO O SERVICIO FARMACÉUTICO QUE DISPENSA



Centro Administrativo Departamental José María Córdoba (La Alpujarra)  
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000  
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
República de Colombia

República de Colombia Fondo Nacional de Estupefacientes Ministerio de Salud		GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA FONDO ROTATORIO SECCIONAL DE ESTUPEFACIENTES		N° 2599799	
<b>RECETARIO PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL</b>					
<b>1. PACIENTE</b>		Fecha	Día	Mes:	Año:
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres	
Documento de Identificación		Número		Edad	Género
<input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> OTRO					F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Teléfono	Municipio	Dirección de Residencia		Departamento	
Afilación al S.G.S.S.S <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Contributivo <input type="checkbox"/> Ninguna		Nombre de la Entidad			
<b>2. MEDICAMENTOS</b>					
Nombre Genérico	Concentración	Forma Farmacéutica	Dosis / Via de Administración / Frecuencia de Administración	Cantidad Prescrita	
				En Números	En Letras
TIEMPO DEL TRATAMIENTO					
DIAGNÓSTICO					
<b>3. PROFESIONAL</b>					
<input type="checkbox"/> MÉDICO		<input type="checkbox"/> General		<input type="checkbox"/> Especializado	
Especialidad, Cuál:					
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres	
Documento de Identificación		Número		Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión, L. y S. fecha	
<input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> OTRO				FIRMA	
Institución donde labora:		Dirección		Ciudad	Teléfono
<b>4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (Para diligenciar por el establecimiento farmacéutico Minorista)</b>					
Apellidos y Nombres de quien recibe		N° de Identidad		FIRMA	
Apellidos y Nombres de quien despacha		N° de Identidad		FIRMA	
Medicamento			Cantidad en Números		
Establecimiento Farmacéutico Minorista		Dirección		Fecha de Despacho	
				Día	Mes Año
Señor Usuario: Esta fórmula médica con medicamentos de control especial sólo tiene una vigencia de quince días a partir de la fecha de prescripción					

ORIGINAL - ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO

FORMULARIO 001-2019-001



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)  
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000  
Medellín - Colombia.



SC4887-1