



## MEDELLÍN

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 DEPARTAMENTAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA  
FUNDO ROTATORIO DE ESTUPEFACIENTES

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

RECETARIO OFICIAL MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL  
No. 2504951

FACTURA PARA VERIFICAR SE AUTENTICADA

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.  Subordinado  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

Tiempo del tratamiento: Diagnóstico: Código CIE10:

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. RECETARIO OFICIAL**

 República de Colombia Fondo Nacional de Estupefacientes Ministerio de Salud y Protección Social		<b>GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA</b> SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA FONDO ROTATORIO DE ESTUPEFACIENTES <b>RECETARIO OFICIAL MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL</b>		 GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia <b>No. 0507601</b>	
<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 ¿Cuál?		Dirección residencia: Teléfono(s): Municipio: Departamento:		F: M:	
Afiliación 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	En letras
Tiempo del tratamiento:			Diagnóstico:		Código CIE10:
<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): Firma:	
<input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Otro		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

2. RECETARIO OFICIAL


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

**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

**RECETARIO OFICIAL MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL**

**1. PACIENTE**

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_  
 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.  Subsidado  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

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

3. RECETARIO OFICIAL

65885



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



**No. 152521**

RECETARIO OFICIAL - MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

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

<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 ¿Cuál?			F	M	
Dirección residencia	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			

<b>2. MEDICAMENTOS</b>					
Nombre genérico	Concentración	Forma farmacéutica	Dosis / vía de administración / frecuencia de administración	Cantidad prescrita	
				En números	En letras
Tiempo del tratamiento:					
Diagnóstico			Código CIE10:		

<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)		Firma	
<input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Otro					
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

4. RECETARIO OFICIAL

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		NºA 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?		Dirección de Residencia		Teléfono(s)	Municipio
<input type="checkbox"/> Afiliación al S.G.S.S.S. <input type="checkbox"/> Subsidado <input type="checkbox"/> Contributiva <input type="checkbox"/> Otro Céd?		Número 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 DE I.D.</span>					
<b>3. PROFESIONAL</b> <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Especializado Especialidad, tal? _____					
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"/> C.C. <input type="checkbox"/> Otro Céd?		Institución donde labora		Dirección	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 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 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

5. RECETARIO OFICIAL

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	M
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 N. y la fecha FIRMA	
<input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> OTRO					
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



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