

MANEJO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

MANEJO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

Fondo Rotatorio de Estupefacientes

Dirección de Salud Ambiental y Factores de Riesgo

SECRETARÍA DE SALUD E INCLUSIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

MANEJO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

RESPUESTAS RECIBIDAS: 215

PRESENTACIÓN DE INFORMES

TEMAS PARTICULARES



CONTENIDO

1. MARCO NORMATIVO
2. INSCRIPCIÓN
3. LISTADO ACTUALIZADO
4. RECURSO HUMANO
5. BASE DE DATOS DE REGISTROS
6. PRESCRIPCIÓN
7. NOTIFICACIÓN DE NOVEDADES
8. COMPRA, VENTA, DISTRIBUCIÓN,
DISPENSACIÓN
9. ALMACENAMIENTO
10. OTROS



1. MARCO NORMATIVO

- Resolución 1478 de 2006
- Resolución 1403 de 2007
- Resolución Departamental 201500280991 de 2015
- Decreto 780 de 2016
- Resolución 315 de 2020
- Decreto 811 de 2021
- Resolución 740 de 2024
- Circular externa # 006 de 2024. FNE



2. INSCRIPCIÓN

FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES

Importación o compra local de sustancias para fabricar y vender medicamentos

Importación y venta de medicamentos

Adquisición y distribución o venta de sustancias

Importación o compra local de sustancias para distinto uso industrial

Inscripción para ingreso de sustancias y/o productos sometidos a fiscalización a zonas francas

Establecimientos farmacéuticos certificados en Buenas Prácticas de Elaboración

Importación o compra local de sustancias para uso en investigación

Investigación clínica con medicamentos que contengan sustancias fiscalizadas

Procesamiento de sustancias controladas

Distribución mayorista nacional de medicamentos de control especial

fne@minsalud.gov.co



2. INSCRIPCIÓN

FONDO ROTATORIO DE ESTUPEFACIENTES

Distribución minorista y mayorista de medicamentos de control especial dentro del departamento

Dispensación de medicamentos de control especial

Dispensación de medicamentos en clínicas y consultorios veterinarios

Distribución de medicamentos de uso veterinario

AUTORIZACIÓN

MODIFICACIÓN

RENOVACIÓN

AMPLIACIÓN



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA EL MANEJO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

Código: FO-M5-P2-012
Versión: 06
Fecha de aprobación:
03-02-2025

Fecha de solicitud _____

1. TIPO DE SOLICITUD: Seleccionar el tipo de solicitud que desea tramitar:

Inscripción (primera vez)	Modificación	
Renovación	Ampliación	

2. CLASIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO/INSTITUCIÓN: Seleccionar con X la clasificación que corresponde del establecimiento o institución:

A. Establecimiento Farmacéutico	
❖ Depósito de medicamentos	
❖ Droguería - Farmacia Droguería	
❖ Droguería - Farmacia Droguería con contrato con Empresas Administradoras de Planes de Beneficios	
B. Prestador de Servicios de Salud con Servicio Farmacéutico	
❖ Servicio farmacéutico dependiente Propio	
❖ Servicio farmacéutico dependiente Contratado	
C. Servicio Farmacéutico Independiente	
D. Prestador de Servicios de Salud sin Servicio Farmacéutico	
❖ Institución Prestadora de Servicios de Salud	
❖ Profesional Independiente	
❖ Transporte especial de pacientes	
❖ Objeto social diferente a la prestación de servicios de salud	
Establecimientos Veterinarios	
❖ Prestador de servicios de salud veterinarios	
❖ Con ventas al por mayor	
❖ Con ventas al detal	

3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO / INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD:

Nombre/Razón Social:
Código Registro Especial Prestadores Servicios Salud - REPS. (Si es un prestador de servicios de salud)



gestiondocumental@antioquia.gov.co

2. INSCRIPCIÓN

AUTORIZACIÓN:

- Primera vez

MODIFICACIÓN:

- Cambio de dirección
- Error detectado

RENOVACIÓN:

- Cumplidos 5 años.
- Tramitar 3 meses antes

AMPLIACIÓN:

- Listado
- Inclusión de central de mezclas (CIRCULAR EXTERNA 007 DE 2021 FNE)

VIGENCIA:

- 5 años desde la fecha de la notificación.
- 1 año sin movimientos.
- No mantener las condiciones mínimas exigidas.
- Cambio de propietario (persona natural, persona jurídica).
- Contrato con EAPB.
- Servicio farmacéutico contratado-propio.
- Modificación, ampliación: Igual a la autorización o renovación.



2. INSCRIPCIÓN

TIEMPO DEL TRÁMITE:

30 días hábiles

COSTO DEL TRÁMITE:

ESTABLECIMIENTOS MINORISTAS: 10 SMMLV

Droguería, farmacia-droguería, servicio farmacéutico dependiente, servicio farmacéutico independiente, prestador de servicios de salud sin servicio farmacéutico, establecimientos veterinarios con ventas al detal y prestadores de servicios de salud veterinarios.

ESTABLECIMIENTOS MAYORISTAS: 15 SMMLV

Depósito de medicamentos, establecimientos veterinarios con ventas al por mayor.

CANCELACIÓN:

Cancelación voluntaria

- Devolución o traslado de existencias (vencidos u otros).
- Solicitar la cancelación de la inscripción: datos de contacto, inventario de existencias.
- Asistencia al CAD: Libro, documentos de devolución o traslado, inventario, solicitud de cancelación.



3. LISTADO ACTUALIZADO

Resolución 315 de 2020:

ANEXO TÉCNICO 3: Listado de medicamentos de control especial de uso humano y veterinario y de monopolio del Estado:

- Listado de medicamentos de control especial de uso humano
- Listado de medicamentos de control especial de uso veterinario
- Listado de medicamentos de control especial monopolio del Estado

Decreto 811 de 2021

CAPÍTULO 5: Preparaciones magistrales provenientes de cannabis cuyo contenido de tetrahidrocannabinol THC sea igual o superior a 2 mg



4. RECURSO HUMANO

CLASIFICACIÓN ESTABLECIMIENTO/INSTITUCIÓN	RECURSO HUMANO
Droguería, Farmacia – Droguería (con y sin contrato con EAPB)	Químico Farmacéutico, Tecnólogo en Regencia de Farmacia
Depósitos de Drogas	Químico Farmacéutico, Tecnólogo en Regencia de Farmacia
Servicio Farmacéutico Independiente	Químico Farmacéutico, Tecnólogo en Regencia de Farmacia
Servicio Farmacéutico Dependiente	Mediana y alta complejidad: Químico Farmacéutico Baja complejidad: Químico Farmacéutico, Tecnólogo en Regencia de Farmacia
Prestadores de Servicios de Salud sin Servicio Farmacéutico	Médico, Enfermera
Ambulancias	Médico
Establecimientos Veterinarios	Médico Veterinario, Médico Veterinario Zootecnista

DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL POR AUXILIARES



5. BASE DE DATOS DE REGISTROS

Base de datos manual o sistematizada

Apertura: Anexo 2 Resolución 1478 de 2006 (listado autorizado)

Sin tachones ni enmendados. Correcciones

Condiciones de seguridad

Cada vez que lo requiera darán apertura de un nuevo libro

Medicamentos compuestos



5. BASE DE DATOS DE REGISTROS

COMO REGISTRAR LAS ENTRADAS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO EN GENÉRICO, CONCENTRACIÓN Y FORMA FARMACÉUTICA				
FECHA	OBSERVACIONES	ENTRADA	SALIDA	SALDO
Fecha de la factura	Nombre del proveedor con número de factura	Cantidad que entra		Nuevo saldo

COMO REGISTRAR LAS SALIDAS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO EN GENÉRICO, CONCENTRACIÓN Y FORMA FARMACÉUTICA				
FECHA	OBSERVACIONES	ENTRADA	SALIDA	SALDO
Fecha de administración Fecha de venta Fecha de dispensación	Nombre del paciente. Consecutivo Nombre del establecimiento. # de factura		Cantidad que sale (unidad farmacéutica completa: ampolla, frasco, tableta)	Nuevo saldo



5. BASE DE DATOS DE REGISTROS

COMO REGISTRAR EL MEDICAMENTO MULTIDOSIS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO EN GENÉRICO, CONCENTRACIÓN Y FORMA FARMACÉUTICA				
FECHA	OBSERVACIONES	ENTRADA	SALIDA	SALDO
Fecha de administración del medicamento	Nombre del paciente. Cantidad en centímetros que utilizó			

KETAMINA 500 MG/10 ML SOLUCIÓN INYECTABLE				
FECHA	OBSERVACIONES	ENTRADA	SALIDA	SALDO
05/05/2025	Distribuidora Pepito Pérez N° 58614	10		10
07/05/2025	Fernando Zapata N°1. 1 cm		1	9
07/05/2025	Alberto Marín. 1 cm			
07/05/2025	Roberto Valencia. 1 cm			
07/05/2025	Descarte por estabilidad 7 cm			
09/05/2025	Alejandra Botero N°2. 1 cm		1	8





5. BASE DE DATOS DE REGISTROS

Registro de stock en servicios

Establecer medicamentos y cantidades

Acta de Comité y Farmacia Terapéutica

Registro en libro

Reposición con recetario oficial / Prescripción electrónica

Creación

KETAMINA 500 MG/10 ML SOLUCIÓN INYECTABLE				
FECHA	OBSERVACIONES	ENTRADA	SALIDA	SALDO
05/05/2025	Distribuidora Pepito Pérez N° 58614	10		10
07/05/2025	Creación stock de urgencias		5	5
07/05/2025	Alberto Marín. N°1		1	4

Ampliación

KETAMINA 500 MG/10 ML SOLUCIÓN INYECTABLE				
FECHA	OBSERVACIONES	ENTRADA	SALIDA	SALDO
05/05/2025	Distribuidora Pepito Pérez N° 58614	10		10
07/05/2025	Creación stock de urgencias		5	5
07/05/2025	Alberto Marín. N°1		1	4
08/05/2025	Ampliación del stock de urgencias		2	2

Disminución

KETAMINA 500 MG/10 ML SOLUCIÓN INYECTABLE				
FECHA	OBSERVACIONES	ENTRADA	SALIDA	SALDO
05/05/2025	Distribuidora Pepito Pérez N° 58614	10		10
07/05/2025	Creación stock de urgencias		5	5
07/05/2025	Alberto Marín. N°1		1	4
08/05/2025	Disminución del stock de urgencias	2		6

Cancelación

KETAMINA 500 MG/10 ML SOLUCIÓN INYECTABLE				
FECHA	OBSERVACIONES	ENTRADA	SALIDA	SALDO
05/05/2025	Distribuidora Pepito Pérez N° 58614	10		10
07/05/2025	Creación stock de urgencias		5	5
07/05/2025	Alberto Marín. N°1		1	4
08/05/2025	Cancelación del stock de urgencias	5		9

5. BASE DE DATOS DE REGISTROS

Vencimientos



Averías

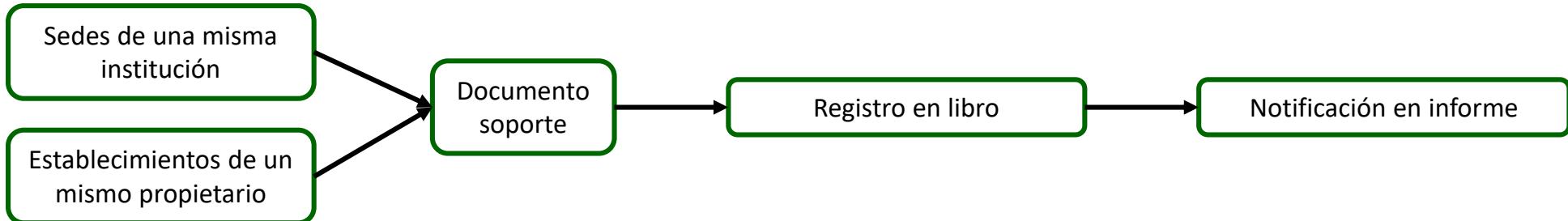


Pérdidas



5. BASE DE DATOS DE REGISTROS

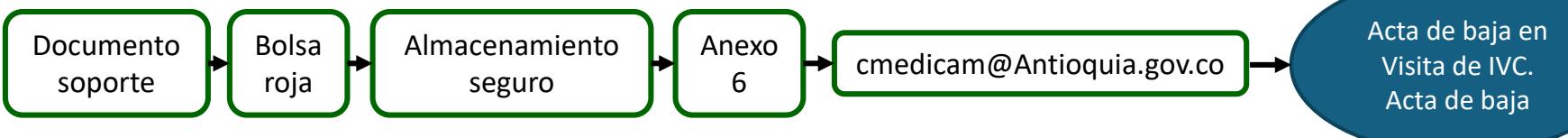
Traslados



Devolución a proveedor



Devolución de pacientes



6. PRESCRIPCIÓN

RECETARIO OFICIAL

Se pueden prescribir varios medicamentos de control especial

Vigencia 15 días hábiles

Se pueden hacer entregar parciales (siempre dentro de la vigencia del recetario)

EAPB: Próximas 48 horas

Tiempo de prescripción: Fenobarbital 90 días calendario, los demás medicamentos 30 días calendario, incluyendo los preparados magistrales de Cannabis clasificados como de control especial

Tiempo de conservación de documentos soporte de movimientos: 2 años

Una vez dispensado el medicamento se deberá colocar sello de dispensado





6. PRESCRIPCIÓN

RECETARIO OFICIAL

No podrá contener enmendaduras o tachaduras, siglas, claves, signos secretos, abreviaturas o símbolos químicos.

El Recetario debe ajustarse al formato prescrito en los Anexos números 8 y 8A.

CONTENIDO

- Lugar y fecha de la prescripción.
- Nombre del paciente y documento de identificación, dirección, tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro).
- Nombre del medicamento expresado nombre genérico, concentración y forma farmacéutica, vía de administración, Dosis y frecuencia de administración, Período de duración del tratamiento, Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras.
- Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor.
- Vigencia de la prescripción.
- Nombre del profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica, firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional.



6. PRESCRIPCIÓN

RECETARIO OFICIAL

RECETARIO OFICIAL MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

Número: 0969751

1. PACIENTE

Primer apellido	Fecha	Día:	Mes:	Año:
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	

Affiliación al S.G.S.S.S. Subsidiado 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
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> 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	Documento de identificación	Firma
Apellidos y nombres del dispensador	Documento de identificación	Firma
Medicamentos dispensados	cantidad en números	

Establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico Dirección Fecha de dispensación

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.

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.

RECETARIO OFICIAL MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

Número: 0507601

1. PACIENTE

Primer apellido	Fecha	Día:	Mes:	Año:
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	

Affiliación al S.G.S.S.S. Subsidiado 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
<input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> 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	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

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.

RECETARIO OFICIAL MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

Nº 300006

1. PACIENTE

Primer apellido	Segundo apellido	FECHA	Día	Mes	Año
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		

Affiliación al S.G.S.S.S. Subsidiado 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 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 (Nº y Fecha)	Firma
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> 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	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

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.



6. PRESCRIPCIÓN

RECETARIO OFICIAL

65885

RECIETARIO OFICIAL MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

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
FONDO ROTATORIO DE ESTUPEFACIENTES

No. 152521

1. PACIENTE

Primer apellido: _____ Fecha: _____ Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Segundo apellido: _____ Nombres: _____

Documento de identificación: _____ Número: _____ Edad: _____ Género: _____

R.C. T.I. C.C. Otro ¿Cuál?: _____

Dirección residencia: _____ Teléfono(s): _____ Municipio: _____ Departamento: _____

Afilación al S.G.S.S.S. Subsidio Contributivo Otro ¿Cuál?: _____ Nombre de la entidad aseguradora: _____

2. MEDICAMENTOS

Nombre Genérico	Concentración	Forma farmacéutica	Dosis diaria / 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: _____

T.I. 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.º de identidad: _____ Firma: _____

Apellidos y nombres del dispensador: _____ N.º 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.

222251

RECIETARIO OFICIAL PARA PREScripción DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

República de Colombia
Fondo Nacional de
Estupefacientes
Ministerio de Salud

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

1. PACIENTE

Primer Apellido: _____ Fecha: _____ Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Segundo Apellido: _____ Nombres: _____

Documento de identificación: _____ Número: _____ Edad: _____ Género: _____

T.I. C.C. Otro ¿Cuál?: _____

Dirección de Residencia: _____ Teléfono(s): _____ Municipio: _____ Departamento: _____

Afilación al S.G.S.S.S. Subsidio Contributivo Otro ¿Cuál?: _____ Nombre de la entidad aseguradora: _____

2. MEDICAMENTOS

Nombre Genérico	Concentración	Forma farmacéutica	Dosis diaria / Vía de administración / Frecuencia de administración	Cantidad prescrita
_____	_____	_____	_____	En números: _____ En letras: _____

TIEMPO DEL TRATAMIENTO: _____

DIAGNÓSTICO: _____

3. PROFESIONAL

Médico Odontólogo Especializado: _____ / 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: _____

T.I. C.C. Otro ¿Cuál?: _____

Institución donde labora: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

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

Apellidos y Nombres de quien recibe: _____ N.º de identidad: _____ Firma: _____

Apellidos y Nombres de quien despacha: _____ N.º 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 (15) días a partir de la fecha de prescripción.

2599799

RECIETARIO PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

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

1. PACIENTE

Primer Apellido: _____ Fecha: _____ Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Segundo Apellido: _____ Nombres: _____

Documento de identificación: _____ Número: _____ Edad: _____ Género: _____

T.I. C.C. OTRO

Teléfono: _____ Municipio: _____ Dirección de Residencia: _____ Departamento: _____

Afilación al S.G.S.S.S. Subsidio Contributivo Ninguna Nombre de la Entidad: _____

2. MEDICAMENTOS

Nombre Genérico	Concentración	Forma Farmacéutica	Dosis / Vía de Administración / Frecuencia de Administración	Cantidad Prescrita
_____	_____	_____	_____	En Números: _____ En Letras: _____

TIEMPO DEL TRATAMIENTO: _____

DIAGNÓSTICO: _____

3. PROFESIONAL

Médico General Especializado

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: _____

T.I. C.C. OTRO

Institución donde labora: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (Para diligenciar por el establecimiento farmacéutico Minorista)

Apellidos y Nombres de quien recibe: _____ N.º de identidad: _____ Firma: _____

Apellidos y Nombres de quien despacha: _____ N.º de identidad: _____ Firma: _____

Medicamento: _____ Cantidad en Números: _____

Establecimiento Farmacéutico Minorista: _____ Dirección: _____ Fecha de Despacho: _____

Día: _____ Mes: _____ Año: _____

ORIGINAL - ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

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.

6. PRESCRIPCIÓN

RECETARIO OFICIAL

Cuando un medicamento de control sea formulado en un Departamento diferente al de adquisición o compra de este, o en el recetario oficial de COMVEZCOL para el caso de uso veterinario; no se requiere autorización para su dispensación o entrega, se debe verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Resolución 1478 de 2006.

Se debe validar la información del médico y del odontólogo en la plataforma RETHUS, y del médico veterinario y médico veterinario zootecnista en la plataforma COMVEZCOL.





6. PRESCRIPCIÓN

PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

- Cuenten con historia clínica electrónica.
- Estén habilitados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.
- Se encuentren autorizados por el Fondo Rotatorio de Estupefacientes para el uso de medicamentos de control especial.
- El formato de prescripción electrónica de medicamentos de control especial debe contener los mismos campos del Recetario Oficial (Resolución 1478 de 2006).
- Solo se autorizará para los procedimientos clínicos internos de la institución por parte del personal médico y de enfermería.
- La prescripción electrónica debe contar con un sistema de codificación único para estos.
- El formato de prescripción electrónica de medicamentos de control especial debe contener mecanismos de seguridad, que imposibiliten el acceso de personal no autorizado, la incorporación de modificaciones una vez se registren y se guarden los datos, así como su destrucción de forma accidental o provocada
- Permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados en ella.
- Permitir establecer con exactitud las personas, la hora y la fecha de los registros realizados.
- La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia verificará el cumplimiento de los requisitos establecidos anteriormente, y emitirá un acta donde se autoriza la prescripción electrónica de medicamentos de control especial.
- En aquellos casos que la institución no cumpla con estos requisitos debe continuar con el manejo del recetario oficial distribuido por el Fondo Rotatorio de Estupefacientes hasta que se cumpla con el lleno de estos requisitos y se autorice por medio de acta.



6. PRESCRIPCIÓN

RESOLUCIÓN 740 DE 2024

ARTÍCULO 9, numeral 9.8:

“La prescripción de medicamentos de control especial y monopolio del Estado enunciados en el Anexo Técnico No 3 de la Resolución 315 de 2020 o la norma que lo modifique o sustituya, deberá realizarse de conformidad con lo dispuesto por la Resolución 1478 de 2006 o la norma que la modifique o sustituya” (RECETARIO OFICIAL)

ARTÍCULO 36:

“Recetario Oficial Electrónico – ROE para medicamentos de control especial y monopolio del Estado. A través del MIPRES podrán prescribirse medicamentos de control especial y monopolio del Estado, financiados o no con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC, mediante la implementación del Recetario Oficial Electrónico – ROE como parte de la herramienta tecnológica.

Parágrafo. La entrada en operación del módulo del Recetario Oficial Electrónico – ROE estará sujeta a la expedición de la regulación especial que sobre estos medicamentos expida este Ministerio”

CIRCULAR EXTERNA # 006 DEL 18 DE JUNIO DE 2024: Directriz sobre el manejo del recetario oficial electrónico para la prescripción de medicamentos de control especial:

El Fondo Nacional de Estupefacientes se encuentra trabajando en los ajustes técnicos y jurídicos necesarios para establecer el procedimiento para la implementación del Recetario Oficial Electrónico (ROE), en la prescripción de la línea de los Medicamentos de Control Especial y Monopolio del Estado, a través de la herramienta tecnológica MIPRES.

La prescripción de Medicamentos de Control Especial y Monopolio del Estado continuará realizándose mediante los Recetarios Oficiales suministrados por los Fondos Rotatorios de Estupefacientes, según lo expuesto en el Capítulo XVIII, Artículo 84 de la Resolución 1478 de 2006, hasta tanto, se expida normativamente la reglamentación.

7. NOTIFICACIÓN DE NOVEDADES

NOVEDADES QUE SE DEBEN NOTIFICAR

- Cambio de profesional responsable.
- Cambio de representante legal.
- Cambio de propietario: pierde vigencia la autorización. Tramitar autorización).
- Cambio de dirección: Tramitar modificación de la autorización.

SOLICITUD DE VISITA: En cualquier momento. Se atiende de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1229 de 2013: modelo de inspección, vigilancia y control sanitario para los productos de uso y consumo humano.



8. COMPRA, VENTA, DISTRIBUCIÓN, DISPENSACIÓN

Compra de medicamentos monopolio del Estado y recetarios oficiales:

- Formato de cotizaciones: cotizacionesfre@Antioquia.gov.co
- Consumo promedio mensual
- Existencias disponibles en el Fondo Rotatorio de Estupefacientes

Venta de medicamentos monopolio del Estado

- Establecimientos autorizados por le Fondo Rotatorio de Estupefacientes
- Gestión a través de a Empresa Administradora de Planes de Beneficio





8. COMPRA, VENTA, DISTRIBUCIÓN, DISPENSACIÓN

Distribución y dispensación de medicamentos de control especial

- Canal de distribución: Mayoristas-minoristas-usuario.
- Venta en servicios farmacéuticos dependientes: Resolución 4026 de 2007.
- Dispensación de medicamentos multidosis: De acuerdo a la cantidad contenida en el frasco y a la dosis registrada en la fórmula.
- Errores en el diligenciamiento por el medico: Los errores en la prescripción que den lugar a confusión en la entrega de medicamentos es necesario reportarlos al médico y cambiar el recetario
- Errores en el diligenciamiento por el paciente, personal de establecimiento/institución: Hacer nota con la observación y la aclaración.
Frecuencia

9. ALMACENAMIENTO

Infraestructura física:

Área de almacenamiento

Pisos

Paredes

Techos

Iluminación

Ventilación

Condiciones de temperatura y
humedad

Criterios de almacenamiento

Comunicaciones

Contar con una dotación constituida por equipos, instrumentos, bibliografía y materiales necesarios para el cumplimiento de los objetivos de las actividades y/o procesos que se realicen

Recurso humano idóneo para el manejo de medicamentos

En el evento en que no mantenga las condiciones mínimas exigidas, de manera automática se procederá a la cancelación de la inscripción



10. OTROS TEMAS

LOS MÉDICOS PUEDEN PRESCRIBIR A SUS FAMILIARES?

Ley 23 de 1981: Artículo 26º. El médico no prestará sus servicios profesionales a personas de su familia o que de él dependan en casos de enfermedad grave o toxicomanía, salvo en aquellas de urgencia o cuando en la localidad no existiere otro médico.

EL MEDICO PUEDE RECETARSE EL MISMO

Infracción: La auto formulación de medicamentos de control especial por parte de médicos

DUDAS CON RESPECTO A LA PRESCRIPCIÓN:

Cuando el dispensador encuentre que la fórmula no cumple con las exigencias legales solicitará al prescriptor la aclaración, corrección o adición de la misma. En todo caso, no dispensará la fórmula médica hasta no aclarar con el prescriptor cualquier duda sobre la prescripción o lograr la corrección o adición de la misma. (Resolución 1403 de 2007).



10. OTROS TEMAS

CANAL DE VALIDACIÓN DE LA VIGENCIA DE UNA RESOLUCIÓN DE MANEJO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

viviana.madrigal@antioquia.gov.co

VERIFICACIÓN DE IDONEIDAD DEL PROFESIONAL PRESCRITOR

Médico: RETHUS

Médico Veterinario y Médico Veterinario Zootecnista: COMVEZCOL

CUANDO SABEMOS QUE HAY UN MEDICO QUE FORMULA MAL, DONDE LO PODEMOS NOTIFICAR

Médicos dentro del SGSSS: A la respectiva entidad

Médicos particulares: gestiondocumental@Antioquia.gov.co



viviana.madrigal@antioquia.gov.co 604-3839944
paola.gomez@antioquia.gov.co

MUCHAS GRACIAS