



PERÚ

Ministerio  
de Salud

**DIRIS**  
Lima Centro



BICENTENARIO  
PERÚ  
2024

# DISPENSACION DE MEDICAMENTOS SUJETOS A FISCALIZACION SANITARIA

ESTUPEFACIENTES, PSICOTROPICOS  
Y OTRAS SUSTANCIAS

Oficina Oficina de Fiscalización, Control y  
Vigilancia Sanitaria

DMID

**Q.F. MARUJA SIFUENTES JAIMES**

## BASE LEGAL

Ley General de Salud N°26842

➤ Ley General de Drogas – Decreto Ley N° 22095

➤ **D. S. N°023-2001-SA Reglamento de estupefacientes, psicotrópicos y otras sustancias sujetas a fiscalización sanitaria y modificatoria**

➤ D.S. 020-2024 S.A, que adecúa y actualiza los Reglamentos de la Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos Y Productos Sanitarios, en el Marco de lo Dispuesto en Ley N° 32033, Ley que Garantiza Y Promueve el Acceso y el uso a los Medicamentos Genéricos en Denominación Común Internacional

➤ R.M. N°1105-2002-SA Directiva sobre Procedimientos para la distribución de recetarios especiales

➤ Ley N°29459 Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios

D.S. N°014-2011 y sus Modificatorias. Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos

➤ **D.S. N°005-2019-SA (Modifica el D.S. N°023-2001-SA)**

➤ **D.S. N°024-2020-SA (Modifica el D.S. N°023-2001-SA)**

➤ Manual de Buenas Prácticas de Oficina Farmacéutica Resolución Ministerial N°554-2022/MINSA y modificatorias

# Artº 4 del D.S.023-2001 SA



Los Medicamentos sujetos a  
balance trimestral  
Estupefacientes, Psicotrópicos  
solo podrán dispensarse en  
establecimientos autorizados,  
bajo la responsabilidad de un  
Químico Farmacéutico



No se debe comprar en lugares  
no autorizados

# FECHA DE PRESENTACIÓN DEL BALANCE TRIMESTRAL

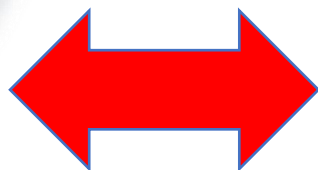
## Art. 50°D.S. 023

Los establecimientos que manejan sustancias de las Listas II A, III A, III B y III C, están obligados a presentar balances trimestrales.

| TRIMESTRE                | FECHA DE PRESENTACION   |
|--------------------------|-------------------------|
| I TRIMESTRE (ENE- MAR)   | DEL 01 AL 15 DE ABRIL   |
| II TRIMESTRE (ABR- JUN)  | DEL 01 AL 15 DE JULIO   |
| III TRIMESTRE (JUL- SET) | DEL 01 AL 15 DE OCTUBRE |
| IV TRIMESTRE (OCT- DIC)  | DEL 01 AL 15 ENERO      |



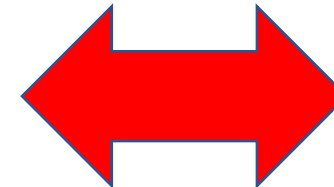
# ESTUPEFACIENTES- Lista IIA



E  
S  
T  
U  
P  
E  
F  
A  
C  
I  
E  
N  
T  
E  
S

- 1.- **Cocaína**
- 2.- **Dextromoramida**
- 3.- **Fentanilo**
- 4.- **Levorfanol**
- 5.- **Metadona**
- 6.- **Morfina**
- 7.- **Opio**
- 8.- **Oxicodona**
- 9.- **Petidina**
- 10.- **Remifentanilo**
- 11.- **Sufentanilo**

RECETA  
TRIPLICADA





PERÚ

Ministerio  
de Salud

# PSICOTROPICOS

DIRIS  
Lima Centro

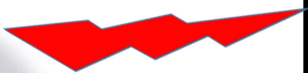
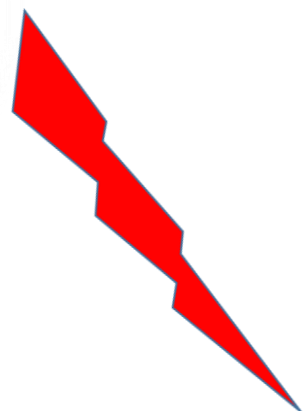


Receta  
triplicada

## Lista III A



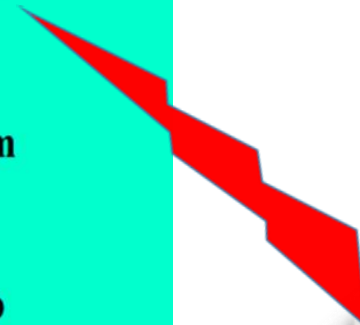
- P  
S  
I  
C  
O  
T  
R  
O  
P  
I  
C  
O  
S**
- 1.- Anfepramona
  - 2.- Benzfetamina
  - 3.- Catina
  - 4.- Dexanfetamina
  - 5.- Etinamato
  - 6.- Etilanfetamina
  - 7.- Fenetilina
  - 8.- Fenproporex
  - 9.- Levometanfetamina
  - 10.- **Fentermina**
  - 11.- Mefenorex
  - 12.- Mazindol
  - 13.- **Metilfenidato**
  - 14.- Pemolina
  - 15.- Zipeprol



## Lista III B



- P  
S  
I  
C  
O  
T  
R  
O  
P  
I  
C  
O  
S**
- 1.- Allobarbitol
  - 2.- Amobarbital
  - 3.- Aprobarbital
  - 4.- Barbital
  - 5.- **Buprenorfina**
  - 6.- Butalbital
  - 7.- Ciclobarbitol
  - 8.- Flunitrazepam
  - 9.- Glutetimida
  - 10.- Hexobarbital
  - 11.- Meprobamato
  - 12.- Metabarbitol
  - 13.- Pentazocina
  - 14.- Pentobarbital
  - 15.- Secbutarbitol
  - 16.- Secobarbital
  - 17.- Vinilvital



# PSICOTROPICOS

## Lista III C

Receta  
triplicada

P  
S  
I  
C  
O  
T  
R  
O  
P  
I  
C  
O  
S

- 1.- Barbitol
- 2.- Etclovinol
- 3.- Etinamato
- 4.- **Fenobarbital**
- 5.- Glucotimida
- 6.- Meprobamato
- 7.- Metilfenobarbital
- 8.- Metiprolina
- 9.- **Tiopental**
- 10.- Pipradol



## Sustancias de las Listas IIA, IIIA, IIIB y IIIC en recetario especiales.

### Características:

El Recetario Especial es intransferible de uso exclusivo del profesional que lo adquiere.

Se extiende en original y dos copias.

Los EE.FF. del **MINSA, ESSALUD, FF.AA, PNP** pueden contar con recetarios propios, autorizados por DIGEMID.

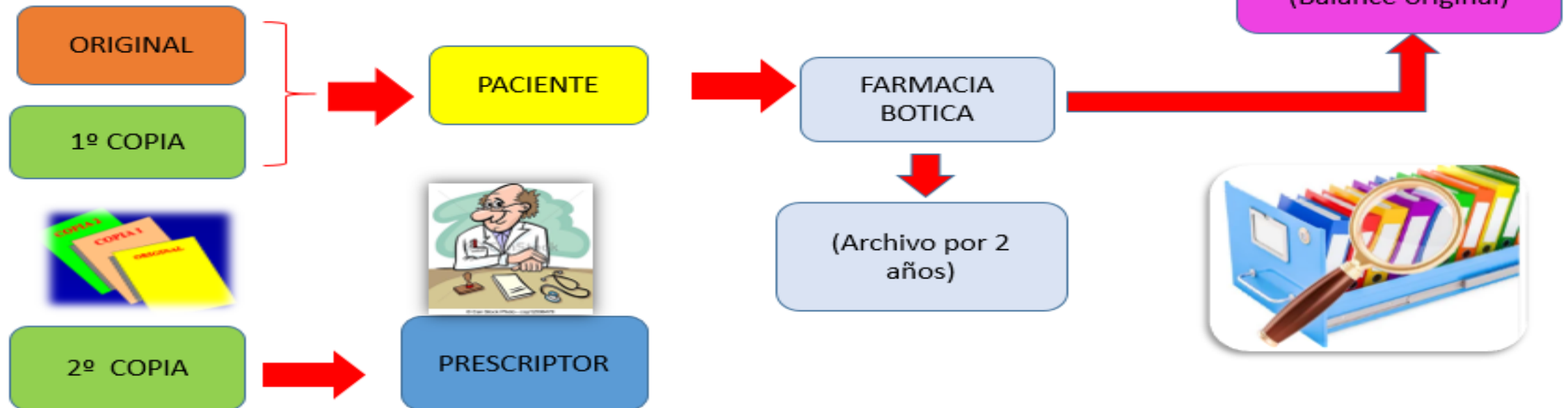
Tiene vigencia de tres días desde la expedición

Prescripción



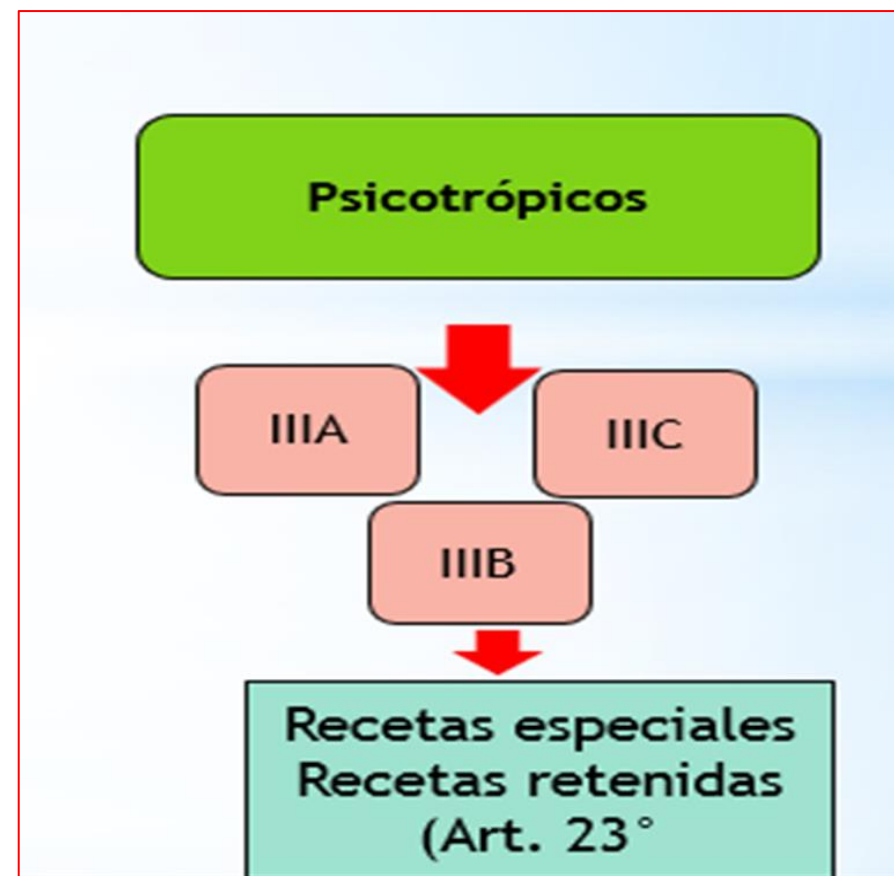
# Art. 25° D.S. 023-2001 S.A.

Las recetas especiales serán extendidas en original y dos copias, el original y una de las copias serán entregadas al paciente. La otra copia será archivada por el prescriptor.



## Art. 23°. D.S.023-2001 SA

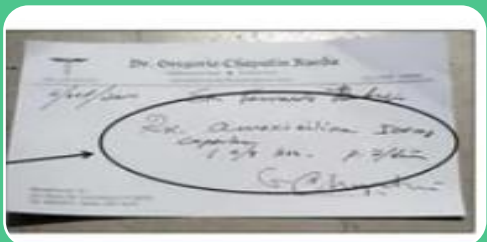
La Prescripción de medicamentos que contiene sustancias comprendidas en las listas IIA,IIIA,IIIB y IIIC, se utilizaran recetarios especiales



# Responsabilidad del Químico Farmacéutico al momento de la dispensación



Interpretar y validar la receta medica antes de dispensar



Verificar y confirmar que todo los datos de la receta estén completos y legibles

| CENTRO DE SALUD              |  | NOMBRE PACIENTE                         |  |
|------------------------------|--|-----------------------------------------|--|
| 37 W 658425                  |  | Joaquín Zúñiga Hernández 0482 9442 245  |  |
| PATIENTE MEDICINA DEL SEGURO |  | Médico: Ana Laura Cordero               |  |
| MEDICO                       |  | Furazemida grageas                      |  |
| MEDICAMENTO                  |  | 2 grageas cada ocho horas por 2 semanas |  |
|                              |  | Pantoxilina grageas                     |  |
|                              |  | 1 gragea diaria por dos semanas         |  |
|                              |  | INDICACIONES                            |  |

Comprobar que la receta cumpla con todos los requisitos establecidos en el Art.23º o 27º del D.S. 023-2001 SA y que acreditan su validez



PERÚ

Ministerio  
de Salud

DIRIS  
Lima Centro



BICENTENARIO  
PERÚ  
2024

# La receta especial debe consignar lo siguiente según el art. 23°

## DATOS DEL PACIENTE

- Nombre y apellidos
- Dirección
- Documento de identidad
- Carnet de extranjería o pasaporte
- Diagnostico
- teléfono

## MEDICAMENTO

- Nombre del medicamento
- D.C.I.
- Concentración
- Forma farmacéutica
- Cantidad dispensada (numero y letra)

## POSOLOGIA

- Número de unidades por toma y día
- Duración del tratamiento

## LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESCRIBE

MINISTERIO DE SALUD



DIGEMID

N° 5151839

RECETA ESPECIAL PARA  
ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS  
(D.L. N° 22095 / D.S. N° 023-2001-SA/ D.S. N° 005-2019-SA)

PACIENTE:

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Fabiola Rodríguez Cuneo

DOMICILIO: Av. da Araguapá 2571 dpto 501

D.N.I.: 43295016 TELÉFONO: 986282688

CARNÉ DE EXTRANJERÍA O PASAPORTE: H.C.: 594961

DIAGNÓSTICO: Cáncer de Cuello Uterino

Rp:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Oxycodona

DCI: Oxycodona Clorhidrato

CONCENTRACIÓN: 5mg

FORMA FARMACÉUTICA: +tableta CANTIDAD: 03 (tres)

(En números y letras)

POSOLOGÍA:

5mg CADA: 8 HORAS

DURANTE: 01 Día(S)

PROFESIONAL MÉDICO:

NOMBRES Y APELLIDOS: Renato Ferrí Pérez

DIRECCIÓN: Calle Gral. Bolognesi Cuadra 6 DISTRITO: Miraflores

PROVINCIA: Lima N° COLEGIATURA: 107678

TELÉFONO: 01-377-0000 LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: 12/09/2024

Lima

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: Clínica Delgado

Clínica  
Delgado  
DR. RENATO FERRÍ PÉREZ  
Médico de Hospitalización  
C.M.P. 107678  
Firma y sello del médico

CONTROL Y FISCALIZACIÓN



PERÚ

Ministerio  
de Salud

DIRIS  
Lima Centro



BICENTENARIO  
PERÚ  
2024

# Dispensación

Art.30° D.S. 023-2001 S.A.

Las recetas especiales, una vez atendidas deben ser firmadas y selladas por el Director Técnico del establecimiento. Además debe anotar en el reverso la cantidad dispensada, los datos del adquiriente (incluida su firma) y la fecha de dispensación

No se deben atender recetas vencidas del tiempo de validez, con enmendaduras o sospecha de adulteración.

MINISTERIO DE SALUD  
N° 4858647  
RECETA ESPECIAL PARA  
ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS  
(D.L. N° 22095 / D.S. N° 023-2001-SA / D.S. N° 004-2023-SA)

PACIENTE:  
NOMBRES Y APELLIDOS: Milagros Ana Ureta  
DOMICILIO: Jr. Rio Nanay 262 - Villa Hermosa  
D.N.I.: 095 10216 TELÉFONO: 99 836 4370  
CARNÉ DE EXTRANJERÍA O PASAPORTE: \_\_\_\_\_ H.C.: \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO: Obesidad

Rp.:  
NOMBRE DEL MEDICAMENTO: ISTARIL  
DCI: Fenotermina + Tapramab  
CONCENTRACIÓN: 15/92mg  
FORMA FARMACÉUTICA: caps CANTIDAD: 30 (treinta)  
(En números y letras)  
POSOLÓGIA: 1 cap CADA: 24 HORAS  
DURANTE: 30 DÍA(S)

PROFESIONAL MÉDICO: Rosa Elena Perez Dominguez  
NOMBRES Y APELLIDOS: Dr. Javier Prado Oute 257 DISTRITO: Magdalena  
DIRECCIÓN: Lima N° COLEGIATURA: 59197  
PROVINCIA: 992430291 LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN:  
TELÉFONO: Magdalena, 29 de Agosto de 2024  
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: Medico

Firma y sello del médico  
Dra. Rosa Elena Perez Dominguez  
ENDOCRINOLOGIA  
CMP 58197 RNE 32079  
11/12/2024 12

MINISTERIO DE SALUD  
N° 0056576  
RECETA ESPECIAL PARA  
ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS  
(D.L. 22095 / DS-023-01-SA)

PACIENTE:  
NOMBRES Y APELLIDOS: Nelly Blanco Fuentes  
DIAGNÓSTICO: Sindrome de hiperomocidemia  
DOMICILIO: Las Carales 120 Urb. Miraflores San Juan  
D.N.I.: 25 77 6732 TELÉFONO: 592 55 26  
CARNÉ DE EXTRANJERÍA O PASAPORTE: \_\_\_\_\_

R.P.:  
NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Retalin  
DCI: Levetiracetam  
CONCENTRACIÓN: 10 mg  
FORMA FARMACÉUTICA: TS CANTIDAD: Treinta  
POSOLÓGIA: 21 TS CADA: \_\_\_\_\_ HORAS: 7:30am 12m 4p  
DURANTE: 10 (diez) DÍA(S)

PROFESIONAL MÉDICO: Manuel Herrera Quevedo  
NOMBRES Y APELLIDOS: Dr. Augusto 2450-607 DISTRITO: Lima  
DIRECCIÓN: Lima N° DE COLEGIATURA: 13274  
TELÉFONO: 4218721/9918445 LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN:  
31 Mayo - 05

Firma y sello del médico  
DR. MANUEL HERRERA QUEVEDO  
MÉDICO NEUROLOGO  
CMP 13774 RNE 8788  
12/12

## Art.30° D.S. 023-2001 S.A.

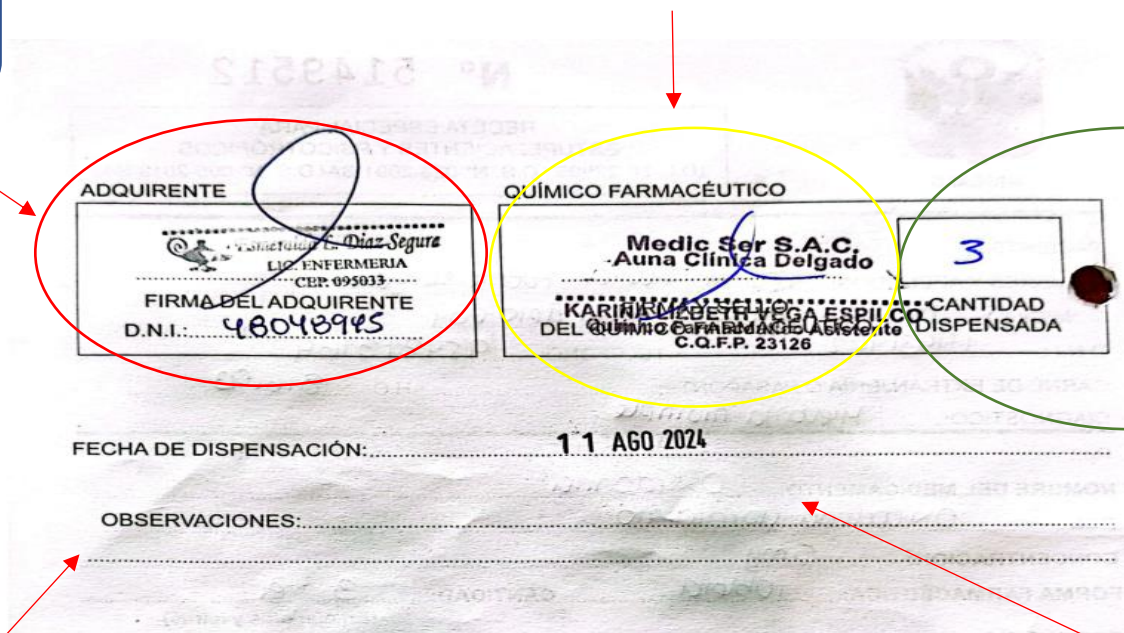
Las recetas deberán ser firmadas y selladas por el Q.F del establecimiento una vez atendidas.

El D.T. también anotará en el reverso de las recetas la cantidad dispensada así como los datos del adquirente y este último consignará su firma en el reverso de la receta.

Firma y DNI del  
adquiriente

Firma y sello del químico  
farmacéutico

Cantidad  
dispensada



ADQUIRENTE

*Diaz Segura*

LIC. ENFERMERIA

CEP. 095033

FIRMA DEL ADQUIRENTE

D.N.I.: 48040945

QUÍMICO FARMACÉUTICO

*Medic Ser S.A.C.*

Auna Clínica Delgado

3

KARINEMAR VEGA ESPILCO

QUÍMICO FARMACÉUTICO

C.Q.F.P. 23126

CANTIDAD DISPENSADA

FECHA DE DISPENSACIÓN: 11 AGO 2024

OBSERVACIONES:

Observaciones

Fecha de  
dispensación



PERÚ

Ministerio  
de Salud

DIRIS  
Lima Centro



BICENTENARIO  
PERÚ  
2024

# RECETAS

MINISTERIO DE SALUD  
REPÚBLICA DEL PERÚ  
DIGEMID

Nº 1571750

RECETA ESPECIAL PARA  
ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS  
(D.L. 22095 / DS-023-01-SA)

PACIENTE:  
NOMBRES Y APELLIDOS:  
DIAGNÓSTICO:  
DOMICILIO:  
D.N.I.: TELÉFONO:  
CARNÉ DE EXTRANJERÍA O PASAPORTE:  
R.P.:  
NOMBRE DEL MEDICAMENTO:  
DCI:  
CONCENTRACIÓN:  
FORMA FARMACÉUTICA: CANTIDAD:  
POSOLÓGIA:  
CADA: HORAS.  
DURANTE: DÍA(S).  
PROFESIONAL MÉDICO:  
NOMBRES Y APELLIDOS:  
DIRECCIÓN: DISTRITO:  
PROVINCIA: Nº DE COLEGIATURA:  
TELÉFONO: LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN:

Firma y sello del médico

PRESCRIPTOR

MINISTERIO DE SALUD  
REPÚBLICA DEL PERÚ  
DIGEMID

Nº 0056576

RECETA ESPECIAL PARA  
ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS  
(D.L. 22095 / DS-023-01-SA)

PACIENTE:  
NOMBRES Y APELLIDOS: Nelly Blanco Fuentes  
DIAGNÓSTICO: Trastorno de personalidad  
D. APLICACIÓN: 170 hrs. 170 hrs. 170 hrs. 170 hrs.  
D.N.I.: 25776737 TELÉFONO: 5925526  
CARNÉ DE EXTRANJERÍA O PASAPORTE:  
R.P.:  
NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Retalin  
DCI: Retalin  
CONCENTRACIÓN: 10 mg.  
FORMA FARMACÉUTICA: TB CANTIDAD: 75  
POSOLÓGIA: Al TB CADA: 730 am 12m. 4p.  
DURANTE: 10 (diez) DÍA (S)  
PROFESIONAL MÉDICO: Manuel Herrera Quevedo  
NOMBRES Y APELLIDOS: Manuel Herrera Quevedo  
DIRECCIÓN: Av. Ayacucho 2450-609 DISTRITO: Ate  
PROVINCIA: Lima Nº DE COLEGIATURA: 13224.  
TELÉFONO: 4312221/9811445  
31. Mayo - 05  
Firma y sello del médico  
CONTROL Y FISCALIZACIÓN

MINISTERIO DE SALUD  
REPÚBLICA DEL PERÚ  
DIGEMID

Nº 1571750

RECETA ESPECIAL PARA  
ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS  
(D.L. 22095 / DS-023-01-SA)

PACIENTE:  
NOMBRES Y APELLIDOS:  
DIAGNÓSTICO:  
DOMICILIO:  
D.N.I.: TELÉFONO:  
CARNÉ DE EXTRANJERÍA O PASAPORTE:  
R.P.:  
NOMBRE DEL MEDICAMENTO:  
DCI:  
CONCENTRACIÓN:  
FORMA FARMACÉUTICA: CANTIDAD:  
POSOLÓGIA:  
CADA: HORAS.  
DURANTE: DÍA(S).  
PROFESIONAL MÉDICO:  
NOMBRES Y APELLIDOS:  
DIRECCIÓN: DISTRITO:  
PROVINCIA: Nº DE COLEGIATURA:  
TELÉFONO: LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN:

Firma y sello del médico

ESTABLECIMIENTO Y DISPENSADOR

# El Director Técnico del establecimiento es responsable:



# BALANCE TRIMESTRAL



- ☐ Psicotrópicos
- ☐ Estupefaciente

# Consideraciones para presentar el balance trimestral

- Formato correspondiente. (psicotrópicos y estupefacientes)
- Originales de las recetas especiales atendidas, así como los vales de consumo.
- Las copias de los documentos de adquisición y salida de los productos (Guía de Remisión o Factura y PECOSA en caso corresponda). De salida cuando no es por venta-receta especial
- El expediente presentado es evaluado, de haber observaciones se emitirá un oficio al EE.FF., a fin de ser posible, subsanar la observación



PERÚ

Ministerio  
de Salud

DIRIS



BICENTENARIO  
PERÚ  
2024

## DECLARACIÓN JURADA - FORMATO BALANCE TRIMESTRAL DE PSICOTROPICOS IIIA, IIIB, IIIC

D.L. N° 22095 y D.S. N°  
023-2001 SA

PERÚ Ministerio de Salud  
Vicerrectoría de Prestaciones y Asesoramiento en Salud  
Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

Exp. 202464329

DECLARACIÓN JURADA - FORMATO BALANCE TRIMESTRAL DE PSICOTROPICOS

D.L. N° 22095 y D.S. N° 023-2001 SA - LISTA IIA

Trimestre ..... III ..... Año ..... 2024 .....

VI. Clasificación Del Establecimiento  
1) Oficina Farmacéutica: a) Botica ☒ b) Farmacia ☐  
2) Farmacia de establecimiento de Salud

VII. Nombre Comercial Del Establecimiento: Farmacia de la Clínica San Juan Bautista

VIII. Razón Social ..... Clínica Nuevo San Juan S.A.C. ... RUC..... 20508790971 .....

Dirección : AV. Proceres de la Independencia 1764 Mz G Distrito San Juan Lurigancho

IX. Representante Legal y/o propietario Sara Elena Rosado Silva .....

Teléfonos ..... (01) 610-4545 ..... Email adminfarmaciasjb@sanpablo.com.pe .....

X. Q.F. Director Técnico : Flores Meregildo Angella Raquel ..... C.Q.F. 24632 .....

Teléfonos ..... 998105960 ..... Email farmaciasjb@sanpablo.com.pe .....

Dirección Fiscal ..... Av Proceres de la independencia 1764 L1 09,10,11,20 y 21 Urb flores

| N° | NOMBRE DEL PRODUCTO FARMACÉUTICO EN DCI (1) | CONCENTRACIÓN (2) | F.F. (3) | SALDO ANTERIOR (4) | TOTAL INGRESOS (5) | TOTAL EGRESOS (VENTA, OTROS) (6) |        | SALDO ACTUAL (7) |
|----|---------------------------------------------|-------------------|----------|--------------------|--------------------|----------------------------------|--------|------------------|
|    |                                             |                   |          |                    |                    | Venta*                           | Otros* |                  |
| 1  | Petidina clorhidrato                        | 100mg/2ml         | Amp      | 44                 | 0                  | 10                               | -      | 34               |
| 2  | Morfina clorhidrato                         | 20 mg/ml          | Amp      | 21                 | 50                 | 28                               | -      | 43               |
| 3  | Fentanilo                                   | 0.5mg/10ml        | Amp      | 103                | 700                | 647                              | -      | 156              |
| 4  | Remifentanilo(Utivex)                       | 5 mg              | Vial     | 04                 | 20                 | 16                               | -      | 08               |
| 5  | Remifentanilo(Utiva)                        | 2mg               | Vial     | 00                 | 00                 | 00                               | -      | 00               |

Leyenda:  
6. DCI  
7. Concentración.  
8. Tab, amp, parche, etc  
9. Saldo del trimestre anterior  
10. Total de adquisiciones en el trimestre  
(Anexar copia de documento)

6. \*Venta (Total recetas por producto farmacéutico);  
\*otros (salvos descartables, Devolución al proveedor, u otros). Anexar copia de documentos sustentatorios: oficio autorizado por la autoridad, facturas y/o guías de remisión, u otros.  
7. Saldo actual

| N° | N° FACTURA Y/O GUÍA DE REMISIÓN, PECOSA | LABORATORIO DROGUERIA, DIGEMID) | PRODUCTO             | CANTIDAD | FECHA      |
|----|-----------------------------------------|---------------------------------|----------------------|----------|------------|
| 1  | F002-0146566                            | AC FARMA                        | Utivex 5mg           | 10       | 01/07/2024 |
| 2  | F002-74997                              | FRESENIUS                       | Fentanilo 0.5mg/10ml | 200      | 08/07/2024 |
| 3  | F002-75786                              | FRESENIUS                       | Fentanilo 0.5mg/10ml | 200      | 08/08/2024 |
| 4  | F002-76151                              | FRESENIUS                       | Fentanilo 0.5mg/10ml | 300      | 19/08/2024 |
| 5  | F300-0003698                            | MINISTERIO DE SALUD             | Morfina 20 mg/ml     | 50       | 28/08/2024 |
| 6  | F002-0151689                            | AC FARMA                        | Utivex 5mg           | 10       | 20/09/2024 |

1.0 CUAL DECLARO EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DIBO Y CON BUENA FE, BASADO EN EL PRINCIPIO DE PRESUNCIÓN DE VERACIDAD CONSAGRADO EN EL ART. IV INCISO 1.7 LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL, EXPRESANDO ASI MISMO CONOCER CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO Y ADMINISTRATIVO EN CASO DE FALSEDAD DE ESTA DECLARACIÓN.

Q.F. DIRECTOR TECNICO  
FIRMA Y SELLO  
N. C.Q.F.P. 24632 .....

Clínica San Juan Bautista

FLORES MEREGILDO ANGELLA RAQUEL  
DIRECTOR TECNICO  
CQFP 24632

SELLO DEL  
ESTABLECIMIENTO

FARMACIA DE LA CLINICA SAN JUAN BAUTISTA  
RUC: 20508790971  
Av. Proceres de la Independencia N° 1764  
Urb. Flores 78 San Juan de Lurigancho - Lima - Lima

SARA ELENA ROSADO SILVA  
REPRESENTANTE LEGAL Y/O PROPIETARIO  
FIRMA Y NOMBRE COMPLETO  
N.  
DNI..... 86598492 .....

Av. Nicolas de Piérola N°617-623- Lima  
Teléfono: 2075700

- Recetas especiales
- Copia del balance anterior
- Copia de facturas
- Copia de pecosas
- Copia de guía de remisión

Nota: las recetas debidamente  
foliados



PERÚ

Ministerio de Salud

# Presentación de saldos descartables

DIRIS

ma Centro



BICENTENARIO  
PERÚ  
2024

|                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                                                                          |                      |          |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------|--------------------------|
| <br><b>MINISTERIO DE SALUD</b><br>DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD<br><b>LIMA CENTRO</b><br>DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS                                     |      | <b>FORMATO D7</b><br>SOLICITUD - DECLARACIÓN JURADA PARA ENTREGA DE SALDOS DESCARTABLES DE SUSTANCIAS Y/O MEDICAMENTOS CONTENIDAS EN EL DECRETO SUPLENTO Nº 023-2001 SA. |                      |          |                          |
| Nº DE EXPEDIENTE                                                                                                                                                                 |      | FECHA                                                                                                                                                                    |                      |          |                          |
| <b>PARTE I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE</b>                                                                                                                                      |      |                                                                                                                                                                          |                      |          |                          |
| 1. CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO                                                                                                                                                 |      |                                                                                                                                                                          |                      |          |                          |
| OFICINA FARMACÉUTICA <input type="checkbox"/> FARMACIA <input type="checkbox"/> BOTICA <input type="checkbox"/><br>FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD <input type="checkbox"/> |      |                                                                                                                                                                          |                      |          |                          |
| 2. NOMBRE COMERCIAL DEL ESTABLECIMIENTO                                                                                                                                          |      | 3. R.U.C. Nº                                                                                                                                                             |                      |          |                          |
| 4. RAZÓN SOCIAL                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                                                                          |                      |          |                          |
| 5. DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO                                                                                                                                                 |      | 6. DISTRITO                                                                                                                                                              |                      |          |                          |
| 7. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PROPIETARIO                                                                                                                                |      | 8. DNI                                                                                                                                                                   |                      |          |                          |
| 9. EMAIL DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PROPIETARIO                                                                                                                                 |      | 10. TELÉFONOS                                                                                                                                                            |                      |          |                          |
| 11. NOMBRE DEL Q.F. DIRECTOR TÉCNICO                                                                                                                                             |      | 12. Nº C.Q.F.P.                                                                                                                                                          |                      |          |                          |
| 13. EMAIL DEL Q.F.                                                                                                                                                               |      | 14. TELÉFONO DEL Q.F.                                                                                                                                                    |                      |          |                          |
| <b>PARTE II. RELACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS, INSUMOS Y/O PRODUCTOS A CALIFICAR Y DESTRUIR</b>                                                                                      |      |                                                                                                                                                                          |                      |          |                          |
| DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                      | LOTE | REGISTRO SANITARIO                                                                                                                                                       | FECHA DE VENCIMIENTO | CANTIDAD | MOTIVO DE LA DESTRUCCIÓN |
|                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                                                                          |                      |          |                          |
|                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                                                                          |                      |          |                          |
|                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                                                                          |                      |          |                          |
| <b>PARTE III. OBSERVACIONES</b>                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                                                                          |                      |          |                          |
|                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                                                                          |                      |          |                          |
| <b>PARTE IV.</b>                                                                                                                                                                 |      |                                                                                                                                                                          |                      |          |                          |
| RECEPCIÓN DE SUSTANCIAS O PRODUCTOS ADJUNTANDO COPIA DEL ÚLTIMO BALANCE TRIMESTRAL                                                                                               |      | Vº Bº DIRECCIÓN DE FISCALIZACIÓN                                                                                                                                         |                      |          |                          |

Formato D7

Llenar los datos correctos según DCI

|                                                                                                                                                                                             |      |                                                                                                                                                                          |                      |                                                                      |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br><b>MINISTERIO DE SALUD</b><br>DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD<br><b>LIMA CENTRO</b><br>DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS                                                |      | <b>FORMATO D7</b><br>SOLICITUD - DECLARACIÓN JURADA PARA ENTREGA DE SALDOS DESCARTABLES DE SUSTANCIAS Y/O MEDICAMENTOS CONTENIDAS EN EL DECRETO SUPLENTO Nº 023-2001 SA. |                      |                                                                      |                          |
| Nº DE EXPEDIENTE                                                                                                                                                                            |      | FECHA                                                                                                                                                                    |                      |                                                                      |                          |
| <b>PARTE I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE</b>                                                                                                                                                 |      |                                                                                                                                                                          |                      |                                                                      |                          |
| 1. CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO                                                                                                                                                            |      |                                                                                                                                                                          |                      |                                                                      |                          |
| OFICINA FARMACÉUTICA <input type="checkbox"/> FARMACIA <input type="checkbox"/> BOTICA <input type="checkbox"/><br>FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD <input checked="" type="checkbox"/> |      |                                                                                                                                                                          |                      |                                                                      |                          |
| 2. NOMBRE COMERCIAL DEL ESTABLECIMIENTO                                                                                                                                                     |      | 3. R.U.C. Nº                                                                                                                                                             |                      |                                                                      |                          |
| Farmacia del Hospital Clínico San Juan de Dios                                                                                                                                              |      | 20194442529                                                                                                                                                              |                      |                                                                      |                          |
| 4. RAZÓN SOCIAL                                                                                                                                                                             |      | 5. DISTRITO                                                                                                                                                              |                      |                                                                      |                          |
| Hospital Clínico San Juan de Dios                                                                                                                                                           |      | San Juan                                                                                                                                                                 |                      |                                                                      |                          |
| 5. DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO                                                                                                                                                            |      | 6. DISTRITO                                                                                                                                                              |                      |                                                                      |                          |
| Av. Muro de la Libertad N° 3250                                                                                                                                                             |      | San Juan                                                                                                                                                                 |                      |                                                                      |                          |
| 7. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PROPIETARIO                                                                                                                                           |      | 8. DNI                                                                                                                                                                   |                      |                                                                      |                          |
| Jose Daniel Hernandez Pantoja                                                                                                                                                               |      | 201804255                                                                                                                                                                |                      |                                                                      |                          |
| 9. EMAIL DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PROPIETARIO                                                                                                                                            |      | 10. TELÉFONOS                                                                                                                                                            |                      |                                                                      |                          |
| jose.daniel.hernandez.pantoja@sanjuan.de Dios.pe                                                                                                                                            |      | 201804255                                                                                                                                                                |                      |                                                                      |                          |
| 11. NOMBRE DEL Q.F. DIRECTOR TÉCNICO                                                                                                                                                        |      | 12. Nº C.Q.F.P.                                                                                                                                                          |                      |                                                                      |                          |
| ROGER MANUEL SANCHEZ LÓPEZ                                                                                                                                                                  |      | 11319                                                                                                                                                                    |                      |                                                                      |                          |
| 13. EMAIL DEL Q.F.                                                                                                                                                                          |      | 14. TELÉFONO DEL Q.F.                                                                                                                                                    |                      |                                                                      |                          |
| roger.sanchez@sanjuan.de Dios.pe                                                                                                                                                            |      | 201804255                                                                                                                                                                |                      |                                                                      |                          |
| <b>PARTE II. RELACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS, INSUMOS Y/O PRODUCTOS A CALIFICAR Y DESTRUIR</b>                                                                                                 |      |                                                                                                                                                                          |                      |                                                                      |                          |
| DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                 | LOTE | REGISTRO SANITARIO                                                                                                                                                       | FECHA DE VENCIMIENTO | CANTIDAD                                                             | MOTIVO DE LA DESTRUCCIÓN |
| Frascos de insulina...                                                                                                                                                                      | ...  | ...                                                                                                                                                                      | ...                  | ...                                                                  | ...                      |
| <b>PARTE III. OBSERVACIONES</b>                                                                                                                                                             |      |                                                                                                                                                                          |                      |                                                                      |                          |
|                                                                                                                                                                                             |      |                                                                                                                                                                          |                      |                                                                      |                          |
| <b>PARTE IV.</b>                                                                                                                                                                            |      |                                                                                                                                                                          |                      |                                                                      |                          |
| RECEPCIÓN DE SUSTANCIAS O PRODUCTOS ADJUNTANDO COPIA DEL ÚLTIMO BALANCE TRIMESTRAL                                                                                                          |      | Vº Bº DIRECCIÓN DE FISCALIZACIÓN                                                                                                                                         |                      |                                                                      |                          |
|                                                                                                                                                                                             |      |                                                                                                                                                                          |                      |                                                                      |                          |
| Q.F. Director Técnico<br>Firma y Sello<br>Nº de colegiatura: 11319                                                                                                                          |      | FARMACIA<br>SAN JUAN DE DIOS<br>LIMA - PERÚ                                                                                                                              |                      | Gestor San Juan de Dios<br>Firma y Nombre Completo<br>D.N.I. Nº: ... |                          |



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Lim

# Llenado del libro

# ESTABLECIMIENTO BOTICA OTIFARMA

Farmacéutico PABLO SAN MIGUEL VILCAPOMA

Año de 2023

| Mes | Dia | ESPECIFICACION                                                        | CODIPROST<br>11,10mg 534 |       | CODIPROST GRS<br>1,5mg 30c |       | CODILUSA<br>60mg/2-1.12 |       | CODILUSA<br>15mg/1.12 |       |
|-----|-----|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------|----------------------------|-------|-------------------------|-------|-----------------------|-------|
|     |     |                                                                       | Debe                     | Haber | Debe                       | Haber | Debe                    | Haber | Debe                  | Haber |
| 10  | 06  | SALDOS VIENEN DEL FOLIO N° 80                                         | 02                       | -     | 03                         | -     | 25                      | -     | 03                    | -     |
| 10  | 06  | CMP 66971 SUSAN SANTILLAN BAEZ<br>PCTE: ROCIO RUBIO GARCIA RN: 315536 | -                        | 01    | -                          | -     | -                       | -     | -                     | -     |
| 10  | 33  | OTIFARMA SDC TORO- 3175                                               | 01                       | -     | -                          | -     | -                       | -     | -                     | -     |
| 10  | 16  | CMP 4291 YINO CUSTODIO<br>LORENZO RODRIGUEZ B006-1005603              | -                        | -     | -                          | -     | 06                      | -     | -                     | -     |
| 10  | 25  | OTIFARMA SDC TO - 2956                                                | 02                       | -     | 03                         | -     | -                       | -     | -                     | -     |
| 10  | 28  | CMP 43204 ANA SANDOVAL<br>JENNY CATACHAMBA B006-1010760               | -                        | 01    | -                          | -     | -                       | -     | -                     | -     |
| 10  | 31  | CMP 59463 OMAR HUAMAN<br>PCTE: NELIDA SANCHEZ COCHUA B006-101125      | -                        | 01    | -                          | -     | -                       | -     | -                     | -     |
| 11  | 10  | OTIFARMA SDC TO03- 4386                                               | -                        | -     | 01                         | -     | -                       | -     | -                     | -     |
| 11  | 10  | OTIFARMA SDC TO20- 3268                                               | -                        | -     | 01                         | -     | -                       | -     | -                     | -     |
| 11  | 11  | OTIFARMA SDC TO08- 4013                                               | -                        | -     | 01                         | -     | -                       | -     | -                     | -     |
| 11  | 12  | CMP 65721 VILMA BOLAÑAR<br>NORMA CALLEJO B006-1017106                 | -                        | 01    | -                          | -     | -                       | -     | -                     | -     |
| 11  | 18  | CMP 28310 DIEGO LLENARTE<br>DIEGO LLENARTE B006-1019773               | -                        | -     | -                          | -     | 02                      | -     | -                     | -     |
| 11  | 20  | CMP 41506 EDUARDO AGUILAR<br>TOMAS AGUILAR B006-1020589               | -                        | 01    | -                          | -     | -                       | -     | -                     | -     |
| 11  | 24  | CMP 64381 YINO CUSTODIO<br>JULIANA GUILSEP B006-1022284               | -                        | -     | 01                         | -     | -                       | -     | -                     | -     |
| 12  | 17  | CMP 80134 YOTIANO CIERA<br>MARIA MURICO B006-1031486                  | -                        | -     | -                          | -     | 04                      | -     | -                     | -     |
| 12  | 18  | CMP 65707 SILVIA RUELAS<br>MARIA MURICO B006-1031929                  | -                        | -     | -                          | -     | 03                      | -     | -                     | -     |
| 12  | 22  | CMP DANTE YORGUES VILLASANTI<br>PCTE: ALEU FLORES B006-1033739        | -                        | -     | -                          | -     | 03                      | -     | -                     | -     |
| 12  | 23  | CMP FRAUZE ALVARADO SANCHEZ<br>PCTE: VICKY HERNANDEZ B006-1034046     | -                        | -     | 02                         | -     | -                       | -     | -                     | -     |
| 12  | 23  | CMP DANTE YORGUES VILLOSA<br>PCTE: ALEU FLORES B006-1034119           | -                        | -     | -                          | -     | 06                      | -     | -                     | -     |
| 12  | 26  | OTIFARMA SDC TO06-17133                                               | -                        | -     | -                          | 01    | -                       | -     | -                     | -     |
| 12  | 29  | OTIFARMA SDC TO06-17221                                               | -                        | -     | -                          | 01    | -                       | -     | -                     | -     |
| 12  | 30  | CMP 70718 LUIS CASALLO<br>PCTE: MARIA MURICO B006-1037023             | -                        | -     | -                          | -     | 01                      | -     | -                     | -     |
| 12  | 31  | TOTALES                                                               | 05                       | 03    | 07                         | 05    | 25                      | 03    | 0                     | 0     |
| 12  | 31  | SALDOS IV TRIMESTRE 2023                                              | 0                        | -     | 02                         | -     | -                       | -     | -                     | -     |
| -   | -   | -                                                                     | -                        | -     | -                          | -     | -                       | -     | -                     | -     |
| -   | -   | -                                                                     | -                        | -     | -                          | -     | -                       | -     | -                     | -     |

OTIFARMA S.A.E.S.

PABLO SAN MIGUEL VILCAPOMA

OTIFARMA S.A. S. S.  
Pablo San Miguel Vilcapoma  
Farmacéutico

| Mes | Dia | ESPECIFICACION                                                                         | FARMASIA LO<br>05 mg/1.12/1.12 |       | FARMASIA LO<br>5 mg/1.12/1.12 |       | FARMASIA LO<br>2 mg/1.12/1.12 |       | Debe | Ha |
|-----|-----|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------|-------------------------------|-------|-------------------------------|-------|------|----|
|     |     |                                                                                        | Debe                           | Haber | Debe                          | Haber | Debe                          | Haber |      |    |
| 08  | 25  | Saldos que viene del folio n° 58                                                       | 19                             | -     | 06                            | -     | -                             | -     | -    | -  |
| 08  | 26  | DR. ANITA GUAYAR CERRA / PCL. ALEJANDRA GUAYAR<br>C.M.P. 70735 No Rx 0415545           | -                              | -     | -                             | 01    | -                             | -     | -    | -  |
| 08  | 25  | DR. CARLOS LEONARDO CABALLERO / PCL. CARLOS IZABARTE V.<br>C.M.P. 72237 No Rx 0415543  | -                              | -     | -                             | 01    | -                             | -     | -    | -  |
| 08  | 25  | DR. CARLOS LEONARDO CABALLERO / PCL. CARLOS IZABARTE V.<br>C.M.P. 72237 No Rx 0415546  | -                              | 01    | -                             | -     | -                             | -     | -    | -  |
| 08  | 25  | DR. JOSELYN ALONSO VARELA / PCL. MARIA VERA P.<br>C.M.P. 48431 No Rx 0284493           | -                              | -     | -                             | 01    | -                             | -     | -    | -  |
| 08  | 26  | Impreso con Guia n° T031-00025111                                                      | -                              | -     | 20                            | -     | -                             | -     | -    | -  |
| 08  | 26  | Impreso con Guia n° T031-00025050                                                      | 60                             | -     | -                             | -     | -                             | -     | -    | -  |
| 08  | 26  | DR. VANESA ALARCON SANCHEZ / PCL. NOLVEN CHAVEZ G.<br>C.M.P. 88818 No Rx 0419332       | -                              | 01    | -                             | -     | -                             | -     | -    | -  |
| 08  | 26  | DR. JULIO RAVENOS VILLANUEVA / PCL. JOSE FERNANDEZ S.<br>C.M.P. 80616 No Rx 0312304    | -                              | 01    | -                             | -     | -                             | -     | -    | -  |
| 08  | 21  | DR. HUGO ESCOBAR RODRIGUEZ / PCL. MARCELLO FREAS P.<br>C.M.P. 81056 No Rx 0418263      | -                              | 01    | -                             | -     | -                             | -     | -    | -  |
| 08  | 27  | DR. HUGO ESCOBAR RODRIGUEZ / PCL. MARCELLO FREAS P.<br>C.M.P. 81056 No Rx 0418284      | -                              | -     | -                             | 01    | -                             | -     | -    | -  |
| 08  | 31  | DR. EDWIN RAMIREZ PEÑA / PCL. RAUL ROSAS FLORES<br>C.M.P. 81051 No Rx 0418453          | -                              | 01    | -                             | -     | -                             | -     | -    | -  |
| 08  | 31  | DR. EDWIN RAMIREZ PEÑA / PCL. RAUL ROSAS FLORES<br>C.M.P. 81051 No Rx 0418238          | -                              | -     | -                             | 01    | -                             | -     | -    | -  |
| 08  | 31  | DR. VANESA ALARCON SANCHEZ / PCL. NOLVEN CHAVEZ G.<br>C.M.P. 88818 No Rx 0419388       | -                              | -     | -                             | 01    | -                             | -     | -    | -  |
| 09  | 01  | DR. CARLOS GARCIA GUEVARA / PCL. MARCO TUCIA A.<br>C.M.P. 39323 No Rx 0419170          | -                              | 40    | -                             | -     | -                             | -     | -    | -  |
| 09  | 01  | DR. MIGUEL IZABARRA BECERRA / PCL. CARMEN EGORAVEL O.<br>C.M.P. 47667 No Rx 3924128    | -                              | 08    | -                             | -     | -                             | -     | -    | -  |
| 09  | 02  | DR. JULIO RAVENOS VILLANUEVA / PCL. GERARDO GAYTAN C.<br>C.M.P. 80616 No Rx 0336867    | -                              | 01    | -                             | -     | -                             | -     | -    | -  |
| 09  | 02  | DR. JULIO RAVENOS VILLANUEVA / PCL. GERARDO GAYTAN C.<br>C.M.P. 80616 No Rx 0336868    | -                              | -     | -                             | 01    | -                             | -     | -    | -  |
| 09  | 02  | DR. MARCOLOA PEREZ MOZZA / PCL. TOMAS ACUÑA ROSAS<br>C.M.P. 89121 No Rx 0416945        | -                              | 01    | -                             | -     | -                             | -     | -    | -  |
| 09  | 02  | DR. JULIO RAVENOS VILLANUEVA / PCL. JULIO ABUSLAR C.<br>C.M.P. 80616 No Rx 0336880     | -                              | -     | -                             | 01    | -                             | -     | -    | -  |
| 09  | 02  | DR. JULIO RAVENOS VILLANUEVA / PCL. JESSE ABUSLAR C.<br>C.M.P. 80616 No Rx 0336884     | -                              | 01    | -                             | -     | -                             | -     | -    | -  |
| 09  | 02  | DR. CARLA ESPINO VARGAS / PCL. ISABEL CAMPOS G.<br>C.M.P. 87129 No Rx 0418105          | -                              | -     | -                             | 01    | -                             | -     | -    | -  |
| 09  | 02  | DR. CARLA ESPINO VARGAS / PCL. ISABEL CAMPOS G.<br>C.M.P. 87129 No Rx 0418103          | -                              | -     | -                             | 01    | -                             | -     | -    | -  |
| 09  | 03  | DR. HAREN PEREZ SOWRA / PCL. PAULITHAR TALLEHANS<br>C.M.P. 48562 No Rx 0039520         | -                              | 14    | -                             | -     | -                             | -     | -    | -  |
| 09  | 03  | DR. ESTRELLA OCHOA O. / PCL. FERNANDO TOSCANO L.<br>C.M.P. 74982 No Rx 0419548         | -                              | -     | -                             | 01    | -                             | -     | -    | -  |
| 09  | 04  | DR. JOSE VARGAS ROBLES / PCL. CARMEN EGORAVEL O.<br>C.M.P. 31299 No Rx 3924731         | -                              | 10    | -                             | -     | -                             | -     | -    | -  |
| 09  | 05  | DR. CARLOS LEONARDO CABALLERO / PCL. FLORENTINA YALVERDE<br>C.M.P. 72237 No Rx 0403380 | -                              | -     | -                             | 01    | -                             | -     | -    | -  |
| 09  | 05  | DR. MIGUEL IZABARRA BECERRA / PCL. CARMEN EGORAVEL O.<br>C.M.P. 47667 No Rx 3924676    | -                              | 08    | -                             | -     | -                             | -     | -    | -  |
| 09  | 05  | DR. ANGEL HERNANDEZ ALVARADO / PCL. MARCELLO FREAS P.<br>C.M.P. 85348 No Rx 0415487    | -                              | -     | -                             | 01    | -                             | -     | -    | -  |
| 09  | 06  | DR. CARLA ESPINO VARGAS / PCL. NOLVEN CHAVEZ G.<br>C.M.P. 87129 No Rx 0418197          | -                              | -     | -                             | 01    | -                             | -     | -    | -  |
| 09  | 07  | DR. DIANA ARIAS DEL ALCAR / PCL. GUADALUPE RIOS AÑAS<br>C.M.P. 19323 No Rx 0284683     | -                              | -     | -                             | 01    | -                             | -     | -    | -  |
| 09  | 07  | Saldos                                                                                 | 79                             | 59    | 26                            | 14    | -                             | -     | -    | -  |
| 09  | 07  | Saldos que van al folio n° 60                                                          | 20                             | -     | 12                            | -     | -                             | -     | -    | -  |

# PSICOTROPICOS DE LA LISTA IVB

MANEJO Y CONTROL DE  
PRODUCTOS  
PSICOTROPICOS DE LA  
LISTA IVB



## LISTA IVB

| N° | DESCRIPCION                   | TIPO         |
|----|-------------------------------|--------------|
| 1  | ACIDO GAMMA - HIDROXIBUTÍRICO | PSICOTROPICO |
| 2  | ALPRAZOLAM                    | PSICOTROPICO |
| 3  | AMINOREX                      | PSICOTROPICO |
| 4  | AMITRIPTILINA                 | PSICOTROPICO |
| 5  | ANFEBUTAMONA                  | PSICOTROPICO |
| 6  | BENTAZEPAM                    | PSICOTROPICO |
| 7  | BROMAZEPAM                    | PSICOTROPICO |
| 8  | BROMPERIDOL                   | PSICOTROPICO |
| 9  | BROTIZOLAM                    | PSICOTROPICO |
| 10 | BUPROPIÓN                     | PSICOTROPICO |
| 11 | BUSPIRONA                     | PSICOTROPICO |
| 12 | CAMAZEPAM                     | PSICOTROPICO |
| 13 | CLOBAZAM                      | PSICOTROPICO |
| 14 | CLOMIPRAMINA                  | PSICOTROPICO |
| 15 | CLONAZEPAM                    | PSICOTROPICO |
| 16 | CLORAZEPATO                   | PSICOTROPICO |
| 17 | CLORDIAZEPOXIDO               | PSICOTROPICO |
| 18 | CLOTIAZEPAM                   | PSICOTROPICO |
| 19 | CLOXAZOLAM                    | PSICOTROPICO |
| 20 | CLOZAPINA                     | PSICOTROPICO |
| 21 | DELORAZEPAM                   | PSICOTROPICO |
| 22 | DESIPRAMINA                   | PSICOTROPICO |
| 23 | DIAZEPAM                      | PSICOTROPICO |
| 24 | DOXEPINA                      | PSICOTROPICO |
| 25 | DROPERIDOL                    | PSICOTROPICO |
| 26 | EFEDRINA                      | PRECURSOR    |
| 27 | ERGOMETRINA                   | PRECURSOR    |
| 28 | ERGOTAMINA                    | PRECURSOR    |
| 29 | ESTAZOLAM                     | PSICOTROPICO |
| 30 | FLUBENTIXOL                   | PSICOTROPICO |
| 31 | FLUDIAZEPAM                   | PSICOTROPICO |
| 32 | FLUFENAZINA                   | PSICOTROPICO |
| 33 | FLUOXETINA                    | PSICOTROPICO |
| 34 | FLURAZEPAM                    | PSICOTROPICO |
| 35 | HALAZEPAM                     | PSICOTROPICO |



## LISTA IVB (continuación)

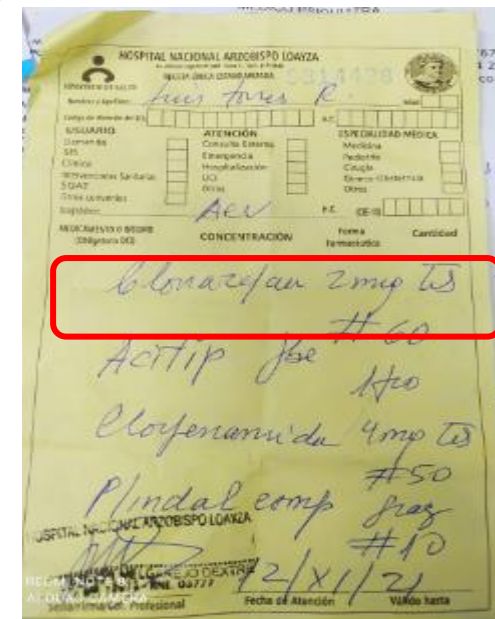
| N° | DESCRIPCION           | TIPO         |
|----|-----------------------|--------------|
| 36 | HALOPERIDOL           | PSICOTROPICO |
| 37 | HALOXAZOLAM           | PSICOTROPICO |
| 38 | IMIPRAMINA            | PSICOTROPICO |
| 39 | KETAZOLAM             | PSICOTROPICO |
| 40 | LEVOMEPROMAZINA       | PSICOTROPICO |
| 40 | LEVOMEPROMAZINA       | PSICOTROPICO |
| 41 | LEVOPROMAZINA         | PSICOTROPICO |
| 42 | LOFAZEPATO DE ETILO   | PSICOTROPICO |
| 43 | LOPRAZOLAM            | PSICOTROPICO |
| 44 | LORAZEPAM             | PSICOTROPICO |
| 45 | LORMETAZEPAM          | PSICOTROPICO |
| 46 | LOXAPINA              | PSICOTROPICO |
| 47 | MAPROTILINA           | PSICOTROPICO |
| 48 | MEDAZEPAM             | PSICOTROPICO |
| 49 | MESOCARBO             | PSICOTROPICO |
| 50 | MOCLOBEMIDA           | PSICOTROPICO |
| 51 | MIANSERINA            | PSICOTROPICO |
| 52 | MIDAZOLAM             | PSICOTROPICO |
| 53 | NEFAZODONA            | PSICOTROPICO |
| 54 | NIMETAZEPAM           | PSICOTROPICO |
| 55 | NITRAZEPAM            | PSICOTROPICO |
| 56 | NORDAZEPAM            | PSICOTROPICO |
| 57 | NOREFEDRINA           | PRECURSOR    |
| 58 | NORTRIPTILINA         | PSICOTROPICO |
| 59 | OPIPRAMOL             | PSICOTROPICO |
| 60 | OXAZEPAM              | PSICOTROPICO |
| 61 | OXAZOLAM              | PSICOTROPICO |
| 62 | PAROXETINA            | PSICOTROPICO |
| 63 | PERICIACINA           | PSICOTROPICO |
| 64 | PIMOZIDA <sup>2</sup> | PSICOTROPICO |
| 65 | PINAZEPAM             | PSICOTROPICO |
| 66 | PIPOTIACINA           | PSICOTROPICO |
| 67 | PIPRADOL              | PSICOTROPICO |
| 68 | PRAZEPAM              | PSICOTROPICO |
| 69 | PSEUDOEFEDRINA        | PRECURSOR    |
| 70 | SERTRALINA            | PSICOTROPICO |

# Lista IVB

## LISTA IVB (continuación)

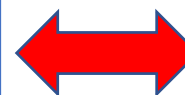
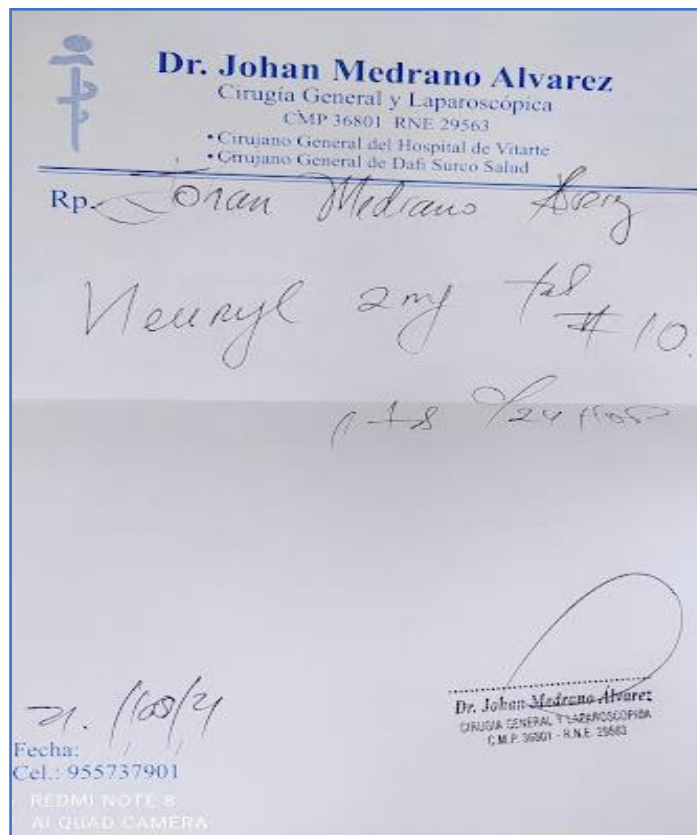
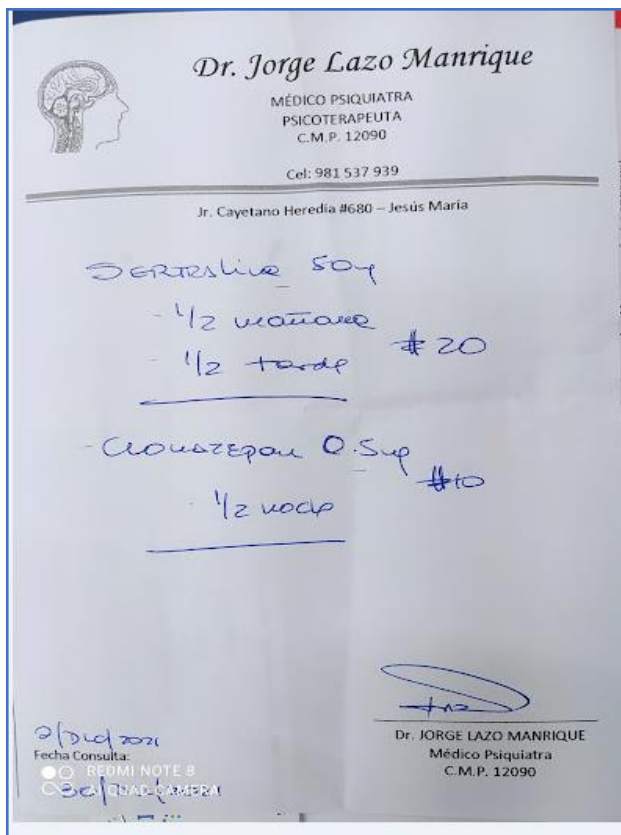
| Nº | DESCRIPCION     | TIPO         |
|----|-----------------|--------------|
| 71 | SIBUTRAMINA     | PSICOTROPICO |
| 72 | SULPIRIDA       | PSICOTROPICO |
| 73 | TEMAZEPAM       | PSICOTROPICO |
| 74 | TETRAZEPAM      | PSICOTROPICO |
| 75 | TILIDINA        | PSICOTROPICO |
| 76 | TIOPROPERAZINA  | PSICOTROPICO |
| 77 | TIORIDAZINA     | PSICOTROPICO |
| 78 | TRAMADOL        | PSICOTROPICO |
| 79 | TRAZODONA       | PSICOTROPICO |
| 80 | TIAZOLAM        | PSICOTROPICO |
| 81 | TRIFLUOPERAZINA | PSICOTROPICO |
| 82 | TRIHIFENIDIL    | PSICOTROPICO |
| 83 | TRIMIPRAMINA    | PSICOTROPICO |
| 84 | VALPROATO       | PSICOTROPICO |
| 85 | VERALIPRIDA     | PSICOTROPICO |
| 86 | VILOXACINA      | PSICOTROPICO |
| 87 | ZALEPLÓN        | PSICOTROPICO |
| 88 | ZOPICLONA       | PSICOTROPICO |
| 89 | ZOLPIDEM        | PSICOTROPICO |

Con receta  
común



# Art. 36° D.S. 023 -2001 SA

Las recetas en las que se prescriben medicamentos que contienen psicotrópicos de la lista IIB, IVA, IVB y VI serán retenidas en el establecimiento dispensador una vez atendidas



# SCALIZACION



- ☐ Psicotrópicos
- ☐ Estupefaciente

Las acciones de fiscalización sanitaria se realiza a través de supervisiones periódicas, a fin de verificar el empleo, la tenencia y todo acto relacionado con dichas sustancias

Se solicitarán los libros, las recetas especiales y comunes, los vales de consumo, los balances trimestrales, documentos de ingreso (facturas, guía de remisión, pecosas), etc.

Se procederá a verificar la veracidad de la información

# **REGULACION DE CANNABIS Y SUS DERIVADOS**

**Ley que regula el uso  
medicinal y terapéutico  
del Cannabis y sus  
derivados N° 30681**

## CANNABIS MEDICINAL

- **La Ley N.º 30681** Ley que regula el uso medicinal y terapéutico del cannabis y sus derivados,
- **Ley N.º 31312** Ley que incorpora y modifica artículos de la Ley N.º **30681** y su Reglamento que regula el uso medicinal y terapéutico del cannabis y derivados.
- **Decreto Supremo N.º 004-2023-SA**, regulan el uso informado, la producción artesanal con cultivo asociativo, así como la investigación, producción, importación, comercialización de cannabis y sus derivados, destinados exclusivamente para uso medicinal y terapéutico en el Perú.

# Ley que regula el uso medicinal y terapéutico del Cannabis y sus derivados N° 30681

## • Objetivo

- Garantizar el uso medicinal y terapéutico del Cannabis y sus derivados.
- El Estado garantiza el acceso al Cannabis y sus derivados con fines medicinales y terapéuticos, promoviendo su uso racional.



# Comercialización

## Decreto Supremo N° 004-2023-SA

Establecimientos farmacéuticos debidamente autorizado y certificado .

**En el Artículo 5.-** debe contar licencia para realizar las actividades de investigación, producción, importación y comercialización del Cannabis para uso medicinal y sus derivados, destinados exclusivamente para fines medicinales y terapéuticos

Boticas y farmacias de los establecimientos de salud deberán abastecerse de droguerías y laboratorios autorizados.



# Prescripción médica

## CANNABIS PSICOACTIVO

(cuyo contenido de delta9-tetrahidrocannabinol (THC) es igual o superior al 1%)

- Médicos certificados
- Recetarios especiales
- Vigencia 30 días
- Condición de venta con **Receta Especial**
- Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos y otras sustancias sujetas a fiscalización sanitaria.

**Sujetos a balance trimestral**

## CANNABIS NO PSICOACTIVO

(cuyo contenido de delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) es inferior a 1%)

- Médicos certificados
- Prescripción mediante los recetarios comunes
- Condición de venta **Receta Simple**



**Sujetos a un control interno**



Ministerio de Salud

DIRIS

Unidad Centro

# Consideraciones

## PRESCRIPCION MEDICA

(En recetas especiales y autorizados con la autoridad **DIGEMID, DIRESAS, GERESAS**)  
Vigencia de las Recetas 30 días

## CONDICION DE VENTA Y/O DISPENSACION

- Tetrahidrocannabinol (THC)= Receta especial
- Cannabidol (CBD), Receta medica común

RECETA ESPECIAL PARA ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS (D.L. 22095 / D.S. 023-2001-SA)

PACIENTE: NOMBRES Y APELLIDOS: Daniel Anteaño Arce  
DOMICILIO: VAN DYCK 118 Lm. Congo  
D.N.I.: 46048833 TELEFONO: 945100959  
CARNE DE EXTRANJERO O PASAPORTE: HC 098  
DIAGNÓSTICO: Ansiedad  
Rx:  
NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Formula Magistral 10m  
DCL: Extracelo de Cannabis Sativa  
CONCENTRACION: THC 2.5mg/ml  
FORMA FARMACÉUTICA: Solucion Oral CANTIDAD: 1 Frasco (En número y en letra)  
POSOLÓGIA: 2gotas cada 8 HORAS  
DURANTE: 30 (días)  
PROFESIONAL MÉDICO:  
NOMBRES Y APELLIDOS: MAX RIZAMA PÉREZ  
DIRECCIÓN: LAMCO 345 OP 1005 DISTRITO: Mueat  
PROVINCIA: Lima N° COLEGIATURA: 59489  
TELÉFONO: 964280767 LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: LIMA PERU - 17/6/21  
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: CANNABOPE  
Dr. Max Rizama P.  
REDIMINUTOS  
AI QUAD CAMERA  
CONTROL Y FISCALIZACIÓN

Solo E.F Autorizados y debidamente Certificados



# Dispensación en las farmacias, boticas o farmacias de los establecimientos de salud del sector público y privado

La dispensación se realiza previa presentación de la receta y constatación en el RENPUC por las farmacias, boticas o farmacias de los establecimientos de salud del sector público y privado, que cuenten con licencia de comercialización, que adicionalmente realizan la anotación de la dispensación en el Registro Nacional de Personas Naturales y Jurídicas que importan y/o comercializan cannabis y sus derivados para uso medicinal y terapéutico

Las recetas una vez atendidas son retenidas por el establecimiento dispensador y quedan archivadas en éste por el término de dos (02) años

En caso de entrega parcial de los productos prescritos, en el reverso de la receta se colocará las unidades dispensadas por el establecimiento, sello del establecimiento y firma del profesional Químico Farmacéutico..

RENPUC.Registro Nacional de Pacientes Usuarios del Cannabis y Derivados para su Usos Medicinal

**MUCHAS GRACIAS**