



Infección Respiratoria Aguda

Fortaleciendo la vigilancia:
información oportuna para la
detección temprana y el control de la
Infección Respiratoria Aguda

Semana
epidemiológica

40


28 de septiembre al 4 de octubre del 2025

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

El **Boletín Epidemiológico Semanal** (BES) es una publicación de tipo informativo que presenta el comportamiento de los principales eventos e interés en salud pública, que son vigilados por el Instituto Nacional de Salud (INS), mostrando los casos que son notificados por las instituciones de salud, entidades territoriales y distritos. Tiene en cuenta los acumulados semanales y los promedios históricos.

Las cifras que publica el BES de casos y de muertes están siempre sujetos a verificación o estudio.

El BES es un insumo útil para la comprensión de los eventos en salud pública, brotes, tablas de mando por departamento, pero debe complementarse con otras fuentes. El INS dispone para consulta abierta del BES, los **informes de evento** y Portal **Sivigila**. 

***Los datos de Sivigila tienen procesos de ajuste por rezagos en la notificación**



Tema central

Comportamiento epidemiológico de la Infección Respiratoria Aguda, Colombia, 2025

Pág.

3



Situación nacional

7



Mortalidad

9



Eventos trazadores

16



Brotes y alertas

34



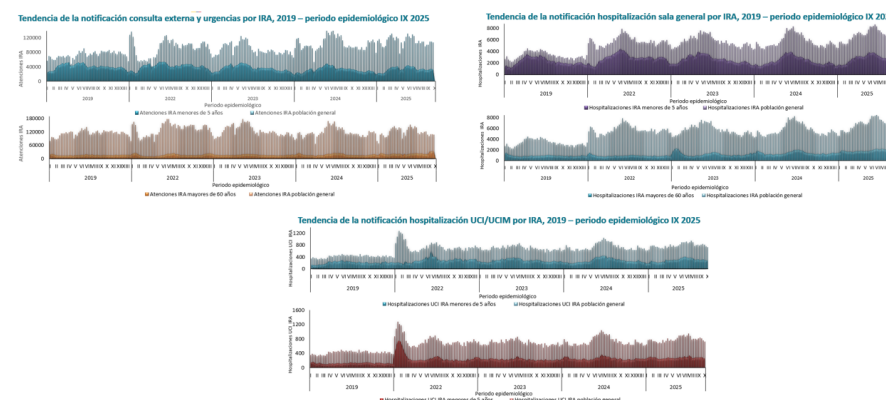
Tablas de mando por departamento

37

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, especialmente en niños y personas mayores. En Colombia presentan un comportamiento estacional con dos picos entre los periodos epidemiológicos II a VI y X a XII, influenciados por las variaciones climáticas asociadas a los fenómenos El Niño y La Niña.

Históricamente se evidencia un patrón estacional de las atenciones por IRA; en consulta externa y urgencias se registran picos recurrentes en los periodos epidemiológicos II a VI y X a XII, con mayor concentración en menores de 5 años frente a la población general. En hospitalización de sala general la tendencia es ascendente, también más marcada en este grupo etario. En unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI/UCIM) se observa la misma estacionalidad, aunque con menor magnitud (figura 1).

Figura 1. Tendencia de la notificación de la morbilidad por IRA a periodo epidemiológico IX del 2025



Fuente: Sivigila

A la semana epidemiológica 39 de 2025, la morbilidad por IRA muestra comportamientos diferenciados por nivel de atención y grupo etario. En comparación con el mismo periodo de 2024 en consulta externa y urgencias, a nivel nacional las atenciones por IRA presentaron una variación de 2,7 %, en mayores de 60 años de 13,7 %; mientras que en los menores de 5 años se observó una variación hacia la disminución de -1,6 %. En hospitalización de sala general, la variación nacional es de 11,6 %, con 7,4 % en menores de 5 años, con un incremento más marcado en mayores de 60 años con 23,6 %. En el servicio de hospitalización por IRA en UCI/UCIM el comportamiento es similar con una variación porcentual nacional de 5,6 %, así mismo en menores los menores de 5 años de 2,4 % y en mayores de 60 años de 7,6 %.



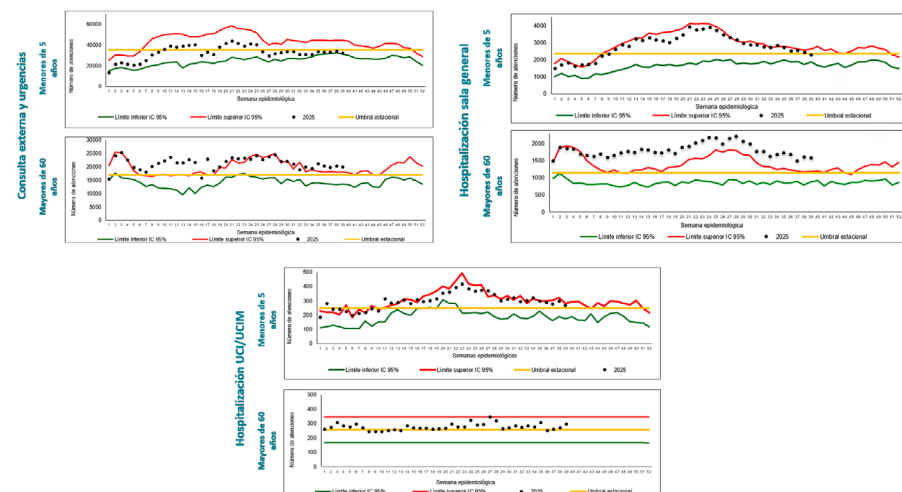
TEMA CENTRAL

Comportamiento epidemiológico de la Infección Respiratoria Aguda, Colombia, 2025

Angélica María Rico Turca, arico@ins.gov.co
Diana Marcela Forero Ombita, dforero@ins.gov.co

Frente a los canales endémicos, en menores de cinco años el servicio de consulta externa y urgencias se ha mantenido dentro de lo esperado durante todas las semanas epidemiológicas; no obstante, en hospitalización de sala general y en UCI/UCIM la tendencia ha sido a ubicarse cerca del límite superior. En los mayores de 60 años, las atenciones de consulta externa, urgencias y hospitalización en sala general han superado el límite superior en la mayoría de semanas, siendo más marcado en sala general, mientras que en UCI/UCIM se han mantenido dentro de los límites esperados (figura 2).

Figura 2. Comportamiento de la notificación de la morbilidad por IRA, grupos de edad priorizados a periodo epidemiológico IX del 2025



Fuente: Sivigila

En cuanto a los comportamientos inusuales por regiones en la semana epidemiológica 39 del 2025 se observan comportamientos inusuales con incrementos sostenidos (≥ 4 semanas) por región y nivel de atención. En consulta externa y urgencias se observa aumento sostenido en la Región Andina (Santander), Pacífica (Chocó) y Amazonía (Vaupés y Guainía). En hospitalización de sala general el incremento sostenido abarca la Región Andina (Tolima, Risaralda, Boyacá, Santander y Antioquia), la Región Caribe (Barranquilla D. E., Cartagena de Indias D. T. y Santa Marta D. E.), la Región Orinoquia (Arauca y Meta) y la Región Insular (Archipiélago de San Andrés y Providencia). En el servicio de UCI/UCIM se mantiene un ascenso prolongado en la Región Andina (Caldas y Risaralda), Caribe (Atlántico y Cesar), Pacífica (Valle del Cauca y Cauca) y Orinoquia (Arauca).

Frente a las tasas de notificación por IRA muestran heterogeneidad territorial y diferencias por nivel de atención. En consulta externa y urgencias varias entidades territoriales superan el promedio nacional (Bogotá D. C., La Guajira, Cartagena de Indias D. T., Barranquilla D. E. y Vaupés), lo que sugiere mayor demanda relativa y/o mejor captación del evento. En hospitalización de sala general se observan tasas elevadas y más concentradas en departamentos con alta oferta de servicios y capitales departamentales (Cartagena de Indias D. T., Bogotá D. C., Arauca y Barranquilla D. E.), mientras que en UCI/UCIM las tasas son menores y se agrupan en territorios con capacidad de cuidados intensivos, manteniéndose por encima del promedio en un subconjunto de entidades (Cartagena de Indias D. T., Sucre, Santa Marta D. T., Barranquilla D. E. y Caldas).

Al analizar las proporciones de atenciones por infección respiratoria aguda (IRA) respecto al total de atenciones por todas las causas por grupos de edad, en los tres servicios vigilados, se evidencia que las mayores proporciones corresponden a los menores de 5 años y mayores de 60 años.

Con base en las proyecciones de atenciones por IRA por metodología de índice estacional para los periodos XI a XIII, se observa una tendencia creciente sostenida que no supera las atenciones del primer pico respiratorio.

En cuanto a la notificación de morbilidad por IRA de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) a nivel distrital se observa un cumplimiento de la notificación de 85,4 %; por lo que se insta a las entidades distritales a fortalecer el proceso de notificación focalizada en la para elevar oportunidad y continuidad. Sin embargo, es de importancia resaltar que el cumplimiento a nivel municipal supera el 98 % lo que muestra un mejoramiento continuo del proceso.

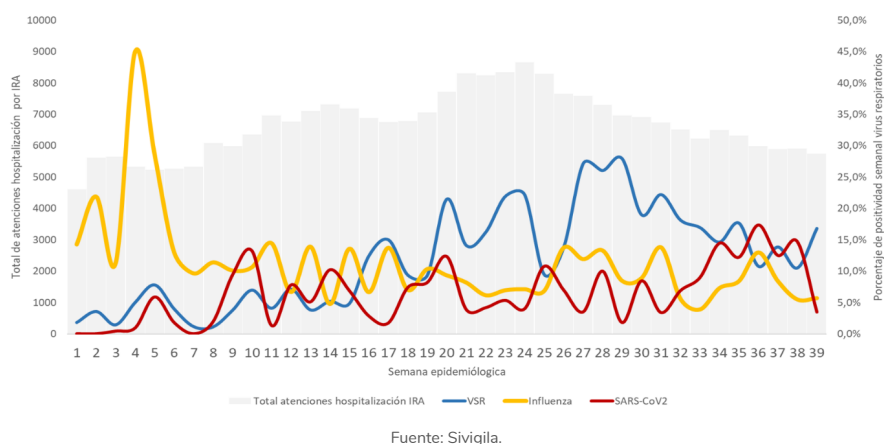
En Colombia, los casos de Infección Respiratoria Aguda Grave hospitalizados se detectaron patógenos como Influenza, VSR y SARS-CoV2 durante las semanas epidemiológicas 1 a 39 del año. Los anteriores patógenos se relacionan en mayor frecuencia con ciertos grupos de edad, siendo así; VSR con menores de 5 años y mayor afectación de cuadro clínico en neonatos y lactantes, Influenza con mayores de 60 años, SARS-CoV2 todos los grupos de edad.

Durante el periodo analizado, se observa que el VSR presentó una mayor positividad entre las semanas 23 y 29, coincidiendo con un incremento de las hospitalizaciones por IRA durante el primer pico respiratorio, lo que sugiere una importante contribución de este virus al aumento de la carga hospitalaria en los meses de mitad de año.

La influenza mostró su mayor circulación en las primeras semanas del año, alcanzando un pico pronunciado alrededor de la semana epidemiológica 5, seguido de una disminución progresiva y una circulación esporádica en el resto del periodo. El SARS-CoV-2 mantuvo una circulación intermitente a lo largo del año, con picos discretos entre las semanas 17 y 27 posiblemente asociado a la subvariante de COVID-19 (XFG).

En conjunto, los datos evidencian una transición estacional en la circulación viral, con predominio inicial de influenza, seguido por VSR en los meses centrales y una circulación sostenida de SARS-CoV-2 a lo largo del año, lo que resalta la necesidad de mantener una vigilancia integrada de los virus respiratorios causantes de IRA grave (figura 3).

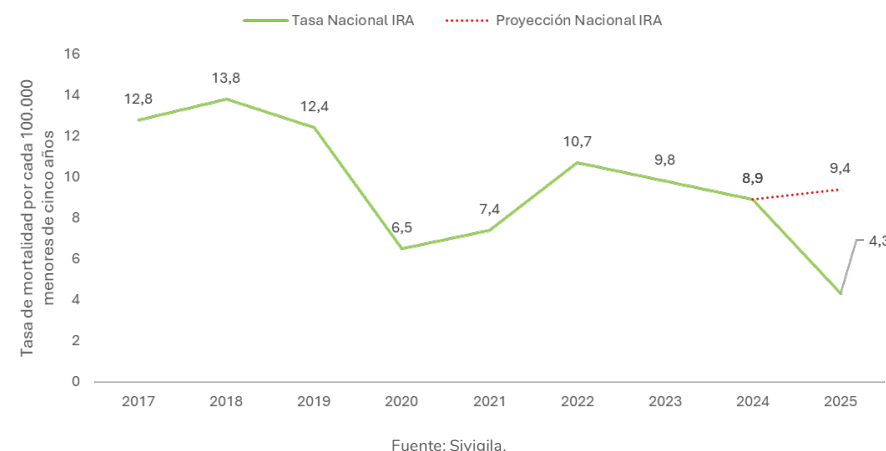
Figura 3. Patógenos virales circulantes en servicio de hospitalización, Colombia, 2025p



Para la semana epidemiológica 38 del 2025, la tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de cinco años se ubica en 4,3 por cada 100 000 menores de 5 años, valor que se mantiene por debajo de la meta nacional establecida en el Plan Decenal de Salud Pública (6,7 por cada 100 000 menores de 5 años); sin embargo, las proyecciones indican un incremento sostenido en las próximas semanas, estimándose que al cierre del año la tasa podría superar los 9,0 por cada 100 000 menores de 5 años, lo cual representaría un deterioro frente a la meta nacional y una alerta epidemiológica relevante. Según las características demográficas observadas en la vigilancia de muertes en menores de cinco años, los lactantes menores de un año

constituyen el grupo más afectado por la Infección Respiratoria Aguda (IRA). Este comportamiento podría asociarse con la circulación estacional de virus respiratorios, la persistencia de condiciones ambientales adversas y las brechas en el acceso oportuno a la atención médica, especialmente en territorios con alta vulnerabilidad infantil (figura 4).

Figura 4. Tasa de mortalidad por IRA por cada 100 000 menores de cinco años, Colombia, 2017-2024 y 2025p a semana epidemiológica 38



El año 2025 se enmarca como un hito en la vigilancia y control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) en Colombia, debido a la introducción de la vacuna contra el Virus Sincitial Respiratorio (VSR) dirigida a gestantes, como parte de una estrategia preventiva para proteger a los recién nacidos y lactantes menores. Esta intervención se implementa en el marco de un piloto en los departamentos de Chocó y La Guajira, territorios priorizados por su alta carga de enfermedad respiratoria y vulnerabilidad poblacional. Adicionalmente, el distrito de Bogotá inicia su vacunación también para este patógeno, estrategia que busca reducir la morbilidad por IRA en menores de cinco años.

Conclusiones

1. En comparación con el 2025 en los servicios de consulta externa urgencias, hospitalización sala general y UCI/UCIM se observa una variación porcentual con tendencia al aumento que no supera el 30 %.

2. Los grupos de edad con más atenciones son los menores de 5 años y mayores de 60 años.
3. Inicio del segundo pico respiratorio desde periodo epidemiológico XI.
4. Se identifica circulación activa de otros virus respiratorios (OVR) diferentes a influenza y SARS-CoV2, situación similar a lo presentado en la Región de las Américas.

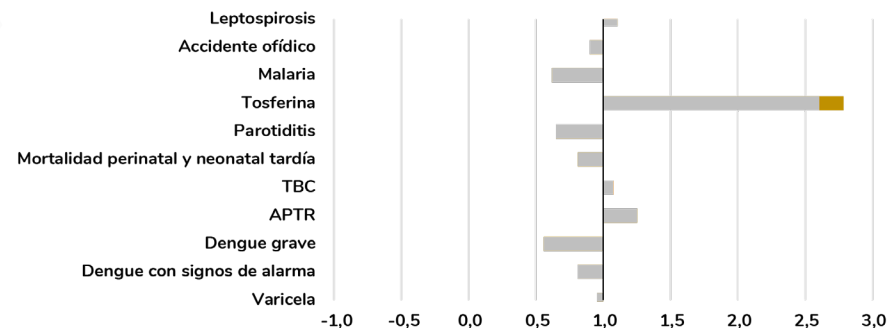
Recomendaciones

1. Socializar y sensibilizar a la UPGD del nivel distrital sobre la importancia de garantizar la notificación de manera continua con calidad y oportunidad.
2. Evaluar la capacidad instalada de los servicios de salud ante el inicio del primer pico respiratorio.
3. Mantener monitoreo continuo para identificar oportunamente situaciones de brote y definir estrategias de contención.
4. Reforzar medidas de prevención dirigidas a la comunidad y a los servicios de salud, incluyendo educación y comunicación del riesgo, higiene personal, detección y aislamiento temprano, acceso oportuno a atención médica y vacunación según lineamientos vigentes.
5. Ante la circulación confirmada de *Influenza A* y *B*, se recomienda reforzar la vacunación en los grupos de edad priorizados y trabajadores de la salud, según los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
6. Garantizar la toma de muestra respiratoria a todos los casos notificados como vigilancia de muertes en menores de 5 años e IRAG inusitado. En casos de fallecimiento, asegurar la recolección adecuada de muestras (aspirados, cortes de tejido) y su envío oportuno al Laboratorio Nacional de Referencia del INS.



Para la semana epidemiológica 40 del 2025, se identifica que el evento de tos ferina se encontró por encima de lo esperado, mientras que los demás eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 5. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 40 del 2025.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025.

*APTR: Agresiones por Animal Potencialmente Transmisor de Rabia.

*TBC: Tuberculosis.



SITUACIÓN NACIONAL

Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

Para el análisis de los eventos de mayor notificación en el país, se comparó el valor observado en la Semana Epidemiológica correspondiente, con una línea de base de referencia conformada por la información de esos eventos reportados en 15 intervalos de tiempo de al menos cinco años anteriores. Para el análisis se excluyó el 2020 como año atípico en el comportamiento de la gran mayoría de eventos, exceptuando dengue grave y dengue con signos de alarma que incluye este año para su análisis.

Los datos son ajustados semanalmente por rezago en la notificación de los eventos de interés en salud pública.

Para el evento de violencia de género e intrafamiliar de mayor notificación, se realiza el análisis utilizando la metodología de la prueba Z, en la que se comparó el valor observado en la semana epidemiológica evaluada con una línea de base conformada por los datos de los tres años anteriores (2022 a 2024), lo cual permite identificar variaciones significativas en la notificación de eventos de interés en salud pública.

Para esta semana se encontró el evento violencia de género e intrafamiliar dentro de su comportamiento histórico de la notificación.

Tabla 1. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 40 del 2025

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	153 258	127 717	1,29	0,19

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

Para el análisis de los eventos de baja frecuencia o raros, en los cuales se asume ocurrencia aleatoria en el tiempo, se calculó la probabilidad de ocurrencia de cada evento según su comportamiento medio anterior, que para efectos de este análisis es el promedio de casos de 2019 a 2024 (exceptuando 2020). Con un nivel de confianza de $p < 0,05$ se determinó si existen diferencias significativas entre lo observado y lo esperado.

Los casos esperados se construyen con casos históricos que han sido confirmados, mientras que los casos observados corresponden a la notificación de la semana analizada exceptuando los casos descartados.

En la semana epidemiológica 40 del 2025, el evento mortalidad por zika y lepra se encontró por encima de lo esperado mientras que el evento de leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a Semana Epidemiológica 40 del 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	13	3	0.00
Lepra	11	5	0.01
Leishmaniasis cutánea	10	102	0.00
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	2	0.09
Chikunguña	0	3	0.07
Mortalidad por dengue	7	4	0.05
Leishmaniasis mucosa	0	1	0.45

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

Cumplimiento en la notificación

Corresponde al porcentaje semanal de la entrega del reporte de notificación en los días y horas establecidos para cada nivel del flujo de información en el Sivigila, sin exceptuar los festivos. Los objetivos de este indicador son:

- Identificar departamentos, municipios y Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) en silencio epidemiológico.
- Hacer seguimiento al cumplimiento de las funciones establecidas en el Decreto 780 de 2016.

- Identificar entidades con bajo cumplimiento e implementar estrategias de seguimiento y mejoramiento.

A partir de la semana 17 de 2023 la medición del cumplimiento en la notificación para las entidades territoriales se realiza con la verificación de la red de operadores que se encuentra en Sivigila 4.0.

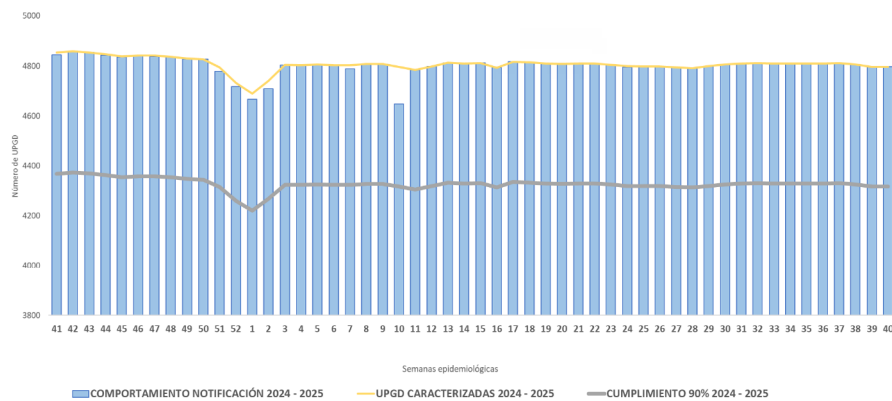
Para la semana epidemiológica 40 la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana 40 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 / 1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y respecto a la semana epidemiológica 40 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100 % (4 797 / 4 797); permaneciendo igual respecto a la semana anterior y presentando un aumento del 0,1 % con relación a la semana epidemiológica 40 del año anterior. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el año 2025, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación de casos (90 %). En la semana analizada, se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que debían notificar casos (figura 6).

Figura 6. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, a Semana Epidemiológica 40 del 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos prioritizados

Metodología

La definición operativa del evento es: menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) fallecidos y que tengan registrado en la cascada fisiopatológica del certificado de defunción (causas directas, relacionadas y otros estados patológicos) infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Todos los casos ingresan a Sivigila como probables y deben clasificarse por medio de unidad de análisis¹.

Para el análisis de los datos se establecieron los comportamientos inusuales en cada entidad territorial en la semana epidemiológica analizada. Para esto, se comparó el número de casos observados acumulados en cada clase de mortalidad (infección respiratoria aguda, por desnutrición aguda y enfermedad diarreica aguda) con la mediana del periodo histórico correspondiente a la misma semana epidemiológica entre 2018 y 2024; se excluyeron los años 2020 y 2021 por pandemia COVID-19. Con la prueba de Poisson se comprobó la significancia estadística de la diferencia entre el valor observado y lo esperado con un valor de $p < 0,05$, que identifica las entidades territoriales que presentaron aumentos o disminuciones estadísticamente significativas.

El cálculo de la tasa de mortalidad se realizó con casos confirmados, sin tener en cuenta los casos residentes del exterior. Como denominador se utilizó la proyección ajustada de la población del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas Vitales – DANE posterior a pandemia COVID-19. Para el 2025 la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión, análisis y clasificación de los casos probables.

El acumulado de muertes notificadas para los tres (3) eventos puede variar por la notificación tardía y la clasificación final del caso en la unidad de análisis.

¹. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Versión 03. 05 de mayo de 2024. Disponible en: <http://url.ins.gov.co/9138q>

A semana epidemiológica 40 del 2025, se han notificado 588 muertes probables en menores de cinco años: 341 por infección respiratoria aguda (IRA), 161 por desnutrición (DNT) aguda y 86 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, siete casos de IRA, seis de DNT aguda y dos de EDA residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

Frente a las muertes de menores de cinco años residentes en Colombia, a semana epidemiológica 40 del 2025 se han notificado 573 fallecimientos (334 por IRA, 155 por DNT aguda y 84 por EDA); de estos, 313 casos han sido confirmados, 109 han sido descartados y 151 casos se encuentran en estudio (tabla 3).

Tabla 3. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 40, 2024-2025.

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 40 2025			Casos en estudio a SE 40 2025			Tasa a SE 40 2024			Tasa a SE 40 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	106	159	48	30	97	24	4,73	7,28	3,19	2,97	4,45	1,34
Amazonas	0	2	0	0	0	0	0,00	31,65	10,55	0,00	21,29	0,00
Antioquia	3	19	2	5	17	1	3,78	3,54	1,42	0,72	4,57	0,48
Arauca	1	1	0	0	1	0	3,65	10,95	0,00	3,72	3,72	0,00
Atlántico	3	0	0	0	3	0	6,13	8,75	0,88	2,69	0,00	0,00
Barranquilla	0	2	1	0	1	0	2,28	5,71	1,14	0,00	2,35	1,17
Bogotá D. C.	0	11	0	0	6	0	0,00	4,97	0,22	0,00	2,43	0,00
Bolívar	1	4	0	1	1	0	1,97	9,85	1,97	1,01	4,03	0,00
Boyacá	0	6	2	1	0	1	0,00	4,71	0,00	0,00	7,20	2,40
Buenaventura D. E.	1	1	0	0	2	2	5,77	5,77	8,66	2,96	2,96	0,00
Caldas	0	1	1	0	0	0	0,00	5,08	0,00	0,00	1,73	1,73
Santiago de Cali D. E.	0	6	1	0	3	0	0,71	4,95	0,00	0,00	4,37	0,73
Caquetá	1	1	0	0	4	0	5,39	18,87	2,70	2,75	2,75	0,00
Cartagena de Indias D. T.	1	4	1	0	3	0	1,29	9,05	1,29	1,33	5,31	1,33
Casanare	1	0	0	0	0	0	0,00	5,31	2,65	2,70	0,00	0,00
Cauca	0	5	4	3	4	1	0,00	6,23	2,67	0,00	4,52	3,61
Cesar	9	5	3	1	0	0	7,47	4,98	4,15	7,60	4,22	2,53
Chocó	26	24	8	6	7	5	55,74	54,00	60,97	45,54	42,04	14,01
Córdoba	9	5	3	0	4	1	4,66	7,32	1,33	6,12	3,40	2,04
Cundinamarca	0	8	0	0	8	3	0,00	2,97	0,00	0,00	3,38	0,00
Guainía	1	1	0	1	1	1	0,00	56,63	28,32	14,02	14,02	0,00
Guaviare	0	0	1	0	1	0	10,32	10,32	0,00	0,00	0,00	10,25
Huila	1	1	0	0	2	0	1,01	4,05	0,00	1,03	1,03	0,00
La Guajira	24	8	9	3	9	2	31,95	20,08	20,08	22,17	7,39	8,31
Magdalena	6	7	1	2	1	0	14,42	9,62	1,20	7,32	8,54	1,22
Meta	2	5	1	0	0	0	7,28	6,07	3,64	2,47	6,17	1,23
Nariño	2	9	1	0	1	0	2,53	2,53	0,84	1,73	7,77	0,86
Norte de Santander	0	1	0	0	2	2	3,12	3,12	1,56	0,00	0,80	0,00
Putumayo	0	1	0	0	1	1	3,18	6,36	3,18	0,00	3,21	0,00
Quindío	0	0	0	0	0	1	0,00	6,52	0,00	0,00	0,00	0,00
Risaralda	1	5	7	5	2	1	13,97	13,97	12,22	1,80	8,98	12,57
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Marta D. T.	2	1	0	0	2	0	0,00	0,00	5,06	5,15	2,58	0,00
Santander	0	1	0	0	1	0	0,00	4,03	4,03	0,00	0,69	0,00
Sucre	1	5	0	0	2	0	10,49	7,87	0,00	1,33	6,65	0,00
Tolima	0	2	0	1	2	0	0,00	7,30	2,43	0,00	2,48	0,00
Valle del Cauca	1	5	0	0	2	1	2,23	6,70	1,49	0,77	3,83	0,00
Vaupés	1	0	2	1	1	1	30,23	30,23	15,11	14,72	0,00	29,44
Vichada	8	2	0	0	3	0	43,22	72,04	7,20	57,65	14,41	0,00

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2025 preliminares. SE: semana epidemiológica

Tasa de mortalidad: se realiza con casos confirmados y la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión de las unidades de análisis y la clasificación de los casos probables y no concluyentes; denominador: por 100 000 menores de cinco años.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 334 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 113 confirmadas por clínica y 46 por laboratorio, 78 descartadas y 97 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 4,5 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 40 fueron 265, para una tasa de mortalidad de 7,3 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 40 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Atlántico, Bogotá D. C., Bolívar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira y Santander y, a nivel municipal, en Güicán de la Sierra, Pueblo Bello, Florencia, Soacha, Lloró y San Andrés de Tumaco D. E. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los principales agentes etiológicos identificados fueron *Rhinovirus*, *Enterovirus*, *Virus Sincitial Respiratorio*, *Bordetella pertussis*, *Haemophilus influenzae B*, *Staphylococcus aureus*, *Influenza A*, *Streptococcus pneumoniae*, *Adenovirus*, *Moraxella catarrhalis*, *SARS-CoV2*, *Influenza B*, *Klebsiella pneumoniae*, *Metapneumovirus*, *Parainfluenza tipo 3*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Parainfluenza tipo 1*, *Parainfluenza tipo 4*, *Pseudomona aeruginosa*, *Streptococcus pyogenes* (tabla 4).

Tabla 4. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a Semana Epidemiológica 40, 2024–2025.

Agente etiológico	2024						2025					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
<i>Rhinovirus</i>	13	6	5	2	2	28	9	2	4	0	0	15
<i>Enterovirus</i>	8	4	3	2	1	18	8	1	2	0	0	11
<i>Virus Sincitial Respiratorio</i>	36	4	1	1	0	42	8	1	1	1	0	11
<i>Bordetella pertussis</i>	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	8
<i>Haemophilus influenzae B</i>	4	2	2	0	0	8	6	2	0	0	0	8
<i>Staphylococcus aureus</i>	11	1	2	2	0	16	8	0	0	0	0	8
<i>Influenza A</i>	7	3	0	0	1	11	4	0	2	1	0	7
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	5	4	3	3	1	16	4	1	2	0	0	7
<i>Adenovirus</i>	7	6	2	0	0	15	3	0	2	1	0	6
<i>Moraxella catarrhalis</i>	4	1	2	2	1	10	3	2	1	0	0	6
<i>SARS-CoV2</i>	10	2	0	0	0	12	4	1	0	1	0	6
<i>Influenza B</i>	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	3	1	1	0	0	5	1	1	0	0	0	2
<i>Metapneumovirus</i>	4	1	1	1	0	7	2	0	0	0	0	2
<i>Parainfluenza tipo 3</i>	2	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	2
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	1	1	0	1	0	3	1	0	0	0	0	1
<i>Parainfluenza tipo 1</i>	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
<i>Parainfluenza tipo 4</i>	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
<i>Pseudomona aeruginosa</i>	3	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1
<i>Streptococcus pyogenes</i>	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
<i>Enterobacter cloacae</i>	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
<i>Escherichia coli</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Influenza A H1N1</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	124	36	24	14	6	204	74	13	14	5	0	106

Fuente: Unidades de análisis, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 – 2025 (Datos preliminares).

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 155 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 106 fueron confirmadas, 19 descartadas y 30 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 3,0 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 40 fue de 172, para una tasa de mortalidad de 4,7 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 40 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales Bolívar, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Meta, Norte de

Santander y Valle del Cauca y, a nivel municipal, Quibdó, Alto Baudó, Bojayá, Lloró y Maicao. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica 40 se han notificado 84 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, cuatro confirmadas por laboratorio (con identificación de agentes etiológicos *E. Coli*, *Norovirus*, *Adenovirus* y *Klebsiella pneumoniae*), 44 confirmadas por clínica, 12 descartadas y 24 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,3 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 40 fue de 116 para una tasa de mortalidad de 3,2 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 40 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en las entidades territoriales Chocó, Córdoba, La Guajira y Vichada y, a nivel municipal, en Quibdó, Bajo Baudó, Lloró, Riohacha y Uribia. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

De acuerdo con los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se acogen las siguientes definiciones¹:

- **Muerte materna:** es la muerte de una mujer que ocurre estando embarazada o dentro de los 42 días de haber terminado un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.
- **Muerte materna tardía:** es la muerte de una mujer por causas directas o indirectas más de 42 días después pero antes de un año de haber terminado el embarazo.
- **Muerte materna por causas coincidentes:** corresponde a las muertes por lesión de causa externa.

En el país se realiza la vigilancia de la muerte materna que incluye la muerte durante el embarazo y hasta 42 días, muerte materna tardía y muerte materna por causas coincidentes. La muerte materna ocurrida durante el embarazo y hasta los 42 días de su terminación es denominada muerte materna temprana².

Para el cálculo de la razón de muerte materna, de acuerdo con lo establecido para el país, se usó como numerador las muertes maternas tempranas residentes en Colombia; para el denominador se usaron los nacidos vivos por entidad territorial de residencia con corte al periodo de tiempo por analizar, tomadas de RUAF ND 2024 y 2025 datos preliminares.

Para el análisis del comportamiento inusual, por ser la mortalidad materna un evento de baja frecuencia, se usó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 2021 y 2024 con corte al periodo de tiempo por analizar.

La clasificación final de los casos puede variar de acuerdo con la dinámica propia de la vigilancia y la conclusión de las unidades de análisis.

¹ Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM <https://www.binasss.sa.cr/guiaops.pdf>

² Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09; 2024. <https://doi.org/10.33810/INSP.V09.0207773>

En la semana epidemiológica 40 del año 2025 se notificaron al SIVIGILA cinco casos: cuatro muertes maternas tempranas y una muerte materna tardía. El país acumula 146 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 139 residen en territorio colombiano y siete residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 5).

Tabla 5. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a Semana Epidemiológica 40, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	205	122	49	376
2023	189	121	62	372
2024	159	102	37	298
2025p	139	98	34	271

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022-2024, datos preliminares 2025.

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 40 del 2025 fue de 42,4 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, frente a 46,8 casos por 100 000 nacidos vivos a la misma semana epidemiológica del 2024. Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 32 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en La Guajira, Bogotá D. C., Antioquia, Cesar, Cundinamarca y Norte de Santander. Al comparar con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Antioquia, Bogotá D. C., Cartagena de Indias D. T., Cauca, Chocó, Córdoba, Magdalena, Meta, Santa Marta D. T. y Sucre; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 6).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal, en Dibulla (La Guajira), Segovia (Antioquia), Málaga (Santander), Inírida (Guainía), Puente Nacional (Santander), Suesca (Cundinamarca), Urumita (La Guajira), presentaron un aumento en muertes maternas tempranas comparado con el promedio histórico 2021-2024 (tabla 7).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 40 del año 2025, el 57,6 % corresponden a causas directas y el 36,0 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 19,4 % (tabla 8).

Tabla 6. Mortalidad materna según Entidad Territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 40, 2024–2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 40	Acumulado de casos a SE 40		Razón de MM por 100 000 NV a SE 40	
		2024	2025	2024	2025
Colombia	233	159	139	46,8	42,4
Guainía	0	0	3	0,0	530,0
Chocó	12	14	6	317,4	139,1
La Guajira	19	17	15	130,6	117,0
Casanare	2	1	4	27,8	113,3
Vichada	3	3	1	270,5	110,9
Cesar	10	9	12	79,8	109,5
Nariño	9	7	6	79,3	68,7
Norte de Santander	6	5	7	41,3	62,7
Magdalena	9	4	4	55,1	57,8
Bolívar	8	3	5	32,8	56,3
Atlántico	8	4	5	42,5	55,0
Buenaventura D. E.	3	2	1	97,2	52,6
Santa Marta D. T.	6	2	2	42,8	44,4
Santander	8	4	6	27,9	42,5
Barranquilla D. E.	6	4	4	39,7	40,2
Putumayo	2	2	1	74,2	38,5
Risaralda	3	2	2	34,2	37,6
Quindío	2	0	1	0,0	34,9
Cundinamarca	11	9	7	43,1	34,6
Santiago de Cali D. E.	6	5	4	38,3	31,6
Córdoba	12	6	4	44,8	31,4
Antioquia	20	12	12	29,8	30,8
Bogotá D. C.	22	15	13	34,5	30,4
Caquetá	2	0	1	0,0	28,2
Boyacá	4	2	2	25,3	27,0
Meta	7	6	2	66,8	23,5
Tolima	6	4	2	46,9	23,4
Huila	5	5	2	49,3	20,8
Valle del Cauca	5	2	2	19,1	19,7
Sucre	5	2	1	27,4	14,5
Cartagena de Indias D. T.	7	0	1	0,0	11,1
Cauca	6	7	1	71,6	11,1
Arauca	2	0	0	0,0	0,0
Caldas	3	1	0	21,8	0,0
Guaviare	1	0	0	0,0	0,0
Vaupés	0	0	0	0,0	0,0
Amazonas	1	0	0	0,0	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0,0	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021-2024, datos preliminares 2025.
SE: Semana Epidemiológica

Tabla 7. Entidades Territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a Semana Epidemiológica 40 del 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 39	Valor observado SE 39
Colombia	233	139
Dibulla (La Guajira)	0	3
Segovia (Antioquia)	0	2
Málaga (Santander)	0	2
Inirida (Guainía)	0	1
Puente Nacional (Santander)	0	1
Suesca (Cundinamarca)	0	1
Urumita (La Guajira)	0	1
Riohacha D. E. (La Guajira)	5	1
Maicao (La Guajira)	5	0
Soledad (Atlántico)	5	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020-2024, datos preliminares 2025.
SE: Semana Epidemiológica.

Tabla 8. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 40 del 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 40	Número de casos y proporción a SE 40 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	174	189	100	159	100	139	100
DIRECTA	113	123	65,1	103	64,8	80	57,6
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	33	34	18,0	32	20,1	27	19,4
Hemorragia obstétrica	31	30	15,9	32	20,1	24	17,3
Sepsis obstétrica	13	17	9,0	8	5,0	10	7,2
Evento tromboembólico como causa básica	13	17	9,0	8	5,0	6	4,3
Embarazo ectópico	9	11	5,8	7	4,4	6	4,3
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	5	4	2,1	6	3,8	4	2,9
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	2	1	0,5	3	1,9	2	1,4
Embolia de líquido amniótico	4	4	2,1	4	2,5	1	0,7
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	1	0,5	1	0,6	0	0,0
Otras causas directas	1	1	0,5	1	0,6	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	2	3	1,6	1	0,6	0	0,0
INDIRECTA	58	63	33,3	53	33,3	50	36,0
Otras causas indirectas	24	25	13,2	22	13,8	22	15,8
Otras causas indirectas: neumonía	9	12	6,3	6	3,8	14	10,1
Sepsis no obstétrica	9	11	5,8	7	4,4	5	3,6
Otras causas indirectas: cáncer	9	9	4,8	8	5,0	3	2,2
Otras causas indirectas: malaria	1	1	0,5	0	0,0	3	2,2
Otras causas indirectas: tuberculosis	4	3	1,6	4	2,5	2	1,4
Otras causas indirectas: dengue	3	1	0,5	4	2,5	1	0,7
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	0	0,0	1	0,6	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por Covid-19	1	1	0,5	1	0,6	0	0,0
Desconocida / indeterminada	2	2	1,1	1	0,6	1	0,7
En estudio	2	1	0,5	2	1,3	8	5,8

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023 - 2024, datos preliminares 2025. SE: Semana Epidemiológica.

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la mortalidad perinatal y neonatal tardía como: muerte perinatal, correspondiente a la ocurrida en el periodo comprendido a partir de las 22 semanas completas de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento; muerte neonatal tardía que corresponde a la ocurrida después de los siete días hasta el día 28 de vida¹. Se incluyeron en el análisis los casos residentes en el país.

La razón de muerte perinatal y neonatal tardía se calculó, de acuerdo con lo establecido en el país, utilizando como numerador los casos notificados que cumplen con la definición operativa; para el denominador se tomaron los nacidos vivos por entidad territorial de residencia con corte al periodo de tiempo a analizar publicados de manera preliminar por RUAF - ND 2024 y 2025.

El análisis del comportamiento inusual se realizó combinando dos metodologías; para las entidades territoriales con baja frecuencia (n <=30 acumulado a la semana de análisis) se utilizó el método de distribución de probabilidades de Poisson, y para los departamentos y distritos con alta frecuencia (n >30 acumulado a la semana de análisis) se adaptó el método *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR) del Center for Disease Control and Prevention (CDC). El periodo de comparación para las dos metodologías corresponde al promedio entre el 2020 y 2024 con corte al periodo de análisis y se muestran resultados estadísticamente significativos (p<0,05). El análisis de causas de muerte se realizó de acuerdo con la metodología de la OMS para agrupación de causas de muerte durante el periodo perinatal².

Los datos pueden variar semanalmente por la notificación tardía y ajuste de casos al Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía. Versión 07. 25 de junio de 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf

² Organización Mundial de la Salud. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. 2016. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470cccc_2#:~:text=ICD%20PM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20PM.

A semana epidemiológica 39 del 2025 se han notificado 4 190 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 4 148 corresponden a residentes en Colombia y 42 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D. C. (496), Antioquia (492), Cundinamarca (268), La Guajira (193) y Santiago de Cali D. E. (192). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre el 2020 y el 2024, con corte a semana epidemiológica 39 del 2025, se presentó comportamiento inusual

en Atlántico, Chocó, Tolima, Putumayo, Arauca y Guainía. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 9).

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en San Andrés de Tumaco D. E. (Nariño), Agustín Codazzi (Cesar), Tocancipá (Cundinamarca), Timbiquí (Cauca), Pueblo Bello (Cesar), Aguazul (Casanare), Villapinzón (Cundinamarca), La Calera (Cundinamarca), Tenjo (Cundinamarca), Abejorral (Antioquia), San Carlos (Antioquia), Buriticá (Antioquia) y El Litoral del San Juan (Chocó) (tabla 10).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 44,3 %, seguido de las neonatales tempranas con 27,8 %, neonatales tardías con 17,8 % y fetales intraparto con 10,1 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,8 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 16,5 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,4 % (tabla 11). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 40 del 2025 (datos preliminares) frente al 2024 en causas de muerte no específicas, y sin información en causa básica de muerte; en consecuencia, se invita a las entidades territoriales que notifican a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 9. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 40, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 40	Acumulado de casos a SE 40		Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1000 nacidos vivos	
		2024	2025	2024	2025
Colombia	6 307	4 619	4 297	13,6	13,1
Vichada	31	26	28	23,4	31,0
Buenaventura D. E.	67	42	53	20,4	27,9
Amazonas	14	11	15	18,3	27,1
Vaupés	12	13	9	31,4	23,6
Archipiélago de San Andrés y Providencia	11	14	9	31,5	21,4
Chocó	157	129	81	29,2	18,8
Guainía	15	8	10	15,1	17,7
Nariño	166	151	146	17,1	16,7
Santiago de Cali D. E.	243	205	202	15,7	15,9
La Guajira	330	238	201	18,3	15,7
Cauca	210	144	139	14,7	15,4
Guaviare	11	9	11	11,8	15,0
Caldas	77	63	62	13,7	15,0
Córdoba	333	210	190	15,7	14,9
Meta	143	106	126	11,8	14,8
Cesar	227	140	155	12,4	14,2
Barranquilla D. E.	244	145	139	14,4	14,0
Casanare	65	50	49	13,9	13,9
Magdalena	154	115	96	15,8	13,9
Cundinamarca	333	298	274	14,3	13,6
Cartagena de Indias D. T.	209	127	121	13,6	13,5
Bolívar	184	114	119	12,5	13,4
Valle del Cauca	168	128	133	12,2	13,1
Antioquia	703	522	504	13,0	12,9
Arauca	52	29	26	12,8	12,1
Bogotá D. C.	686	578	516	13,3	12,1
Putumayo	50	44	31	16,3	11,9
Quindío	52	42	34	14,6	11,9
Boyacá	114	88	87	11,1	11,7
Sucre	153	107	79	14,7	11,4
Risaralda	89	71	58	12,2	10,9
Atlántico	200	129	98	13,7	10,8
Caquetá	53	34	38	9,2	10,7
Huila	144	102	100	10,1	10,4
Norte de Santander	195	123	115	10,2	10,3
Tolima	135	97	82	11,4	9,6
Santa Marta D. T.	82	38	41	8,1	9,1
Santander	195	129	120	9,0	8,5

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020 - 2024, datos preliminares 2025.
SE: Semana Epidemiológica.

Tabla 10. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a Semana Epidemiológica 40 del 2025.

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 40 2020 - 2024	Valor observado a SE 40 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	6 306	4 297	-
San Andrés de Tumaco D. E. (Nariño)	43	47	7
Agustín Codazzi (Cesar)	15	25	21
Tocancipá (Cundinamarca)	5	12	13
Timbiquí (Cauca)	5	11	14
Pueblo Bello (Cesar)	5	9	1
Aguazul (Casanare)	3	8	36
Villapinzón (Cundinamarca)	2	6	4
La Calera (Cundinamarca)	3	6	6
Tenjo (Cundinamarca)	2	6	8
Abejorral (Antioquia)	1	5	2
San Carlos (Antioquia)	2	5	4
Buritica (Antioquia)	1	5	2
El Litoral del San Juan (Chocó)	2	5	4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020-2024, datos preliminares 2025. SE: Semana Epidemiológica.

Tabla 11. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a Semana Epidemiológica 40, 2023-2025.

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a Semana Epidemiológica 40, 2023 -2025					
	2023 a SE 40	(%)	2024 a SE 40	(%)	2025 a SE 40	(%)
Colombia	5 564	100,0	4 619	100,0	4 297	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1 385	24,9	1 222	26,5	1 108	25,8
Prematuridad-inmadurez	1 025	18,4	752	16,3	709	16,5
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	889	16,0	688	14,9	576	13,4
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	580	10,4	516	11,2	408	9,5
Infecciones	484	8,7	408	8,8	354	8,2
Malformación congénita	503	9,0	431	9,3	341	7,9
Sin información	23	0,4	0	0,0	242	5,6
Otras causas de muerte	337	6,1	306	6,6	249	5,8
Causas no específicas	122	2,2	116	2,5	149	3,5
Trastornos cardiovasculares	143	2,6	133	2,9	121	2,8
Lesión de causa externa	53	1,0	22	0,5	21	0,5
Convulsiones y trastornos neurológicos	20	0,4	25	0,5	19	0,4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023-2024, datos preliminares 2025. SE: Semana Epidemiológica.

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 40 del 2025, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (Código INS 995 y Código INS 345).

Definición operativa de caso confirmado de morbilidad por IRA: todas las atenciones de hospitalizados en UCI, hospitalización general, consulta externa, urgencias y muerte por IRA de acuerdo con los códigos CIE10 de J00 a J22¹.

Los canales endémicos para consultas externas, urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron a través de la metodología de Bortman, con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica y umbral estacional (promedio histórico) de los años 2017 a 2024 y el intervalo de confianza.

El análisis para la identificación de comportamientos inusuales en las entidades territoriales se realizó mediante la metodología *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR), que consiste en la comparación del valor observado (número de atenciones por infección respiratoria aguda en los servicios de consultas externas, urgencias, hospitalizaciones en sala general y unidades de cuidados intensivos) de la semana actual y las tres anteriores entre los años 2017 a 2024 (valor esperado). Adicionalmente, se calculó el valor de p para establecer si la variación entre lo observado y esperado es estadísticamente significativa.

El análisis del comportamiento de la circulación viral se realizó por la metodología poisson comparando los datos del periodo anterior y actual para cada uno de los agentes virales y así mismo por grupo de edad más relevantes para el evento vigilancia centinela Código 345.

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de infección respiratoria aguda (IRA). Versión 09. 18 de abril de 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_IRA.pdf

En el último periodo, a nivel nacional, se registró una disminución porcentual en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las hospitalizaciones de sala general y en las unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI y UCIM). Sin embargo, en las atenciones por consulta externa y urgencias se evidenció una tendencia al aumento en comparación con el periodo anterior (tabla 12).

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, Semanas Epidemiológicas 33 a 40 del 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 33 a SE 36 2025	SE 37 a SE 40 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	552 090	567 520	2,79%	
Hospitalización en sala general	25 026	23 562	-5,85%	
Hospitalización en UCI/UCIM	3 212	2 975	-7,38%	

*SE: Semana Epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 40 del 2025 se notificaron 136 148 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años (excluyendo 2021), se observó incremento en Atlántico, Barranquilla D. E., Chocó, La Guajira, Magdalena, Santa Marta D. T., Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas y Buenaventura D. E.. Las 28 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales.

De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (37 a 40 del 2025) en 24 municipios (tabla 13).

Tabla 13. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 37 a 40 del 2025

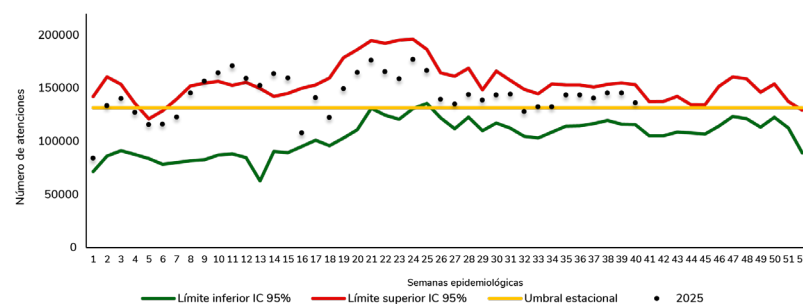
Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	79 835	74 846	7 424	9 885
La Guajira	Maicao	46 974	53 901	2 542	7 856
Santander	Floridablanca	22 503	27 316	1 612	7 323
Cundinamarca	Soacha	63 147	65 952	3 533	6 299
Antioquia	Itagüí	63 951	65 879	4 094	5 001
Antioquia	Bello	60 275	49 068	4 322	4 411
Cundinamarca	Chía	53 317	46 395	3 670	4 339
La Guajira	Uribia	43 249	38 044	2 400	4 079
Antioquia	Rionegro	23 275	29 605	1 917	2 534
Risaralda	Dosquebradas	21 591	23 849	1 185	2 364
Boyacá	Sogamoso	13 006	17 113	1 267	2 342
Córdoba	Sahagún	18 636	20 184	1 727	2 134
Valle del Cauca	Palmira	23 759	22 007	1 682	2 108
Bolívar	Magangué	13 497	18 049	878	2 106
Santander	Barrancabermeja D. E.	15 460	23 834	789	2 055
Magdalena	Ciénaga	19 760	18 756	825	1 963
Cundinamarca	Zipaquirá	17 230	18 863	1 493	1 937
Boyacá	Duitama	21 406	17 851	1 798	1 895
Córdoba	Cereté	14 186	15 204	610	1 610
Antioquia	Envigado	19 401	20 661	1 620	1 480
Cundinamarca	Facatativá	18 230	14 428	1 411	1 405
Cundinamarca	Funza	11 806	12 775	935	1 376
Córdoba	Lorica	12 444	12 678	1 092	1 358
Cundinamarca	Madrid	15 844	11 722	843	1 297
Antioquia	Apartadó	14 548	14 252	1 071	1 264
Norte de Santander	Ocaña	13 226	14 110	417	1 258
Cundinamarca	Girardot	16 816	16 476	1 231	1 206
Valle del Cauca	Cartago	13 471	13 774	582	1 145
Antioquia	Turbo	11 765	12 165	833	1 120
Huila	Pitalito	9 777	10 837	810	1 000
Valle del Cauca	Yumbo	11 174	11 585	954	991
Casanare	Yopal	12 921	12 174	947	959
Atlántico	Malambo	7 991	5 981	449	913
Cesar	Aguachica	7 458	9 648	749	911
Santander	Piedecuesta	5 420	8 492	224	891
Valle del Cauca	Tuluá	14 103	10 327	387	844
Cauca	Santander de Quilichao	10 299	9 097	813	708
Cundinamarca	Mosquera	5 539	6 112	317	643
Valle del Cauca	Buenaventura D. E.	7 039	5 650	601	613
Santander	Girón	6 735	6 786	244	600
Cauca	Guapi	2 102	3 949	213	415
Norte de Santander	Villa Del Rosario	4 409	5 152	300	371
Nariño	La Florida	645	605	54	80

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (37 a 40 del 2025), por grupos de edad: los de 20 a 39 años representaron el 24,9 % (141 408) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 19,9 % (112 988). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de un año con el 12,4 % y los menores de dos a cuatro años con el 12,0 % respectivamente.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante las semanas epidemiológicas 01 a 08 se mantuvieron dentro de lo esperado; entre las semanas epidemiológicas 09 a 15 hubo un incremento que superó el límite superior; de las semanas epidemiológicas 16 a la 34 se observó un descenso por debajo del umbral estacional, pero en las semanas epidemiológicas 35 a 40 reaparece una tendencia al aumento ubicándose por encima de dicho umbral (figura 7).

Figura 7. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 40 del 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico entre 2017 y 2024

Hospitalizaciones por IRA en sala general

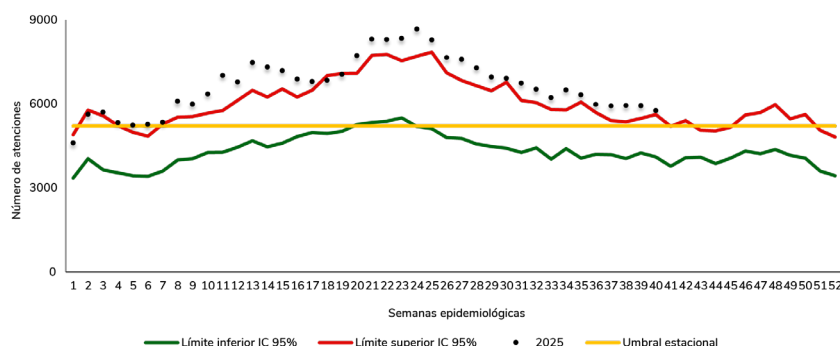
En la semana epidemiológica 40 del 2025 se notificaron 5 759 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Chocó, Guainía y La Guajira e incremento en Arauca, Atlántico, Barranquilla D. E., Boyacá, Caquetá, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Guaviare, Meta, Nariño, Risaralda, Santa Marta D. T., Santander, Sucre y Tolima. En las 18 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (37 a 40 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 263) representaron el 53,5 %, seguido de los

menores de un año con el 34,4 % (4 022). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRA, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó en el grupo de los niños de un año con 26,1 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 23,6 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, entre las semanas epidemiológicas 05 a 17 y 20 a 40 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, con una leve disminución esta última semana (figura 8).

Figura 8. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 40 del 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

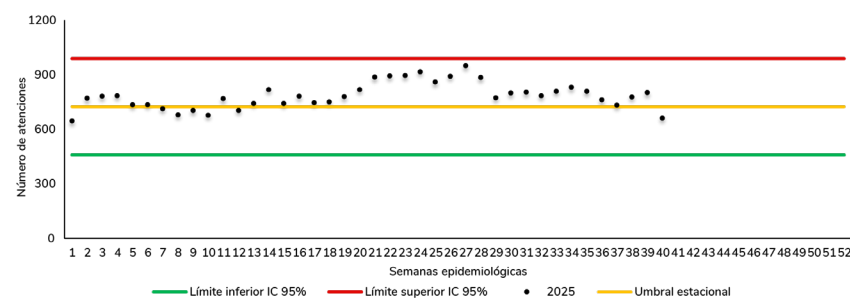
En la semana epidemiológica 40 del 2025 se notificaron 662 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en once entidades territoriales. Se presentó disminución en Buenaventura D. E., Guaviare, La Guajira, Magdalena y Meta. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Barranquilla D. E., Bogotá D. C., Bolívar, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D. T., Santander, Sucre, Tolima, Vaupés y Vichada.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (37 a 40 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 36,6 % (1 090), seguido de los menores de un año con el 25,9 % (771) de las hospitalizaciones. La mayor proporción de

hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de un año con el 24,4 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 21,6 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM se observa a nivel nacional desde la semana epidemiológica 13 hasta la 39 una tendencia creciente que se mantiene por encima del umbral estacional, seguido de una disminución en semana epidemiológica 40 ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 9).

Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 40 del 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

Durante las semanas epidemiológicas 37 a 40 del 2025 se observó una disminución porcentual en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las hospitalizaciones en sala general como en UCI/UCIM. No obstante, en los servicios de consulta externa y urgencias se registró un incremento porcentual que no supera el 30 % en comparación con el periodo anterior. Los grupos de edad con las mayores proporciones en los tres servicios vigilados son los menores de cinco años y mayores de 60 años. Frente a las atenciones por IRA, el servicio de consulta externa, urgencias y UCI/UCIM para semana 40 se encontraron dentro de los límites esperados; sin embargo, las atenciones en el servicio de hospitalización en sala general se ubican por encima del límite superior, pero con tendencia a la disminución.

En el contexto de los fenómenos climáticos presentados a nivel nacional y como preparación del inicio del segundo pico respiratorio, se insta a las entidades territoriales a:

- Fortalecer el proceso de vigilancia de la infección respiratoria a través de las estrategias realizando un monitoreo continuo con el fin de identificación de comportamientos inusuales y creación de acciones de mitigación.
- Promover una adecuada comunicación de riesgo encaminada a la educación sobre las medidas de prevención no farmacológicas (lavado frecuente de manos, etiqueta de la tos, distanciamiento social, uso de tapabocas, adecuada ventilación y aislamiento).
- Desarrollar estrategias de educación para la identificación temprana de signos y síntomas de alarma que permita la atención oportuna y la implementación de medidas de cuidado en el hogar; con énfasis en poblaciones vulnerables, (menores de 5 años, adultos mayores de 60 años y personas con enfermedades preexistentes).
- Fomentar la vacunación contra COVID-19 e influenza estacional, como medida clave para la prevención y reducción de complicaciones asociadas.
- Realizar una evaluación integral de la capacidad instalada de los servicios de salud, con el objetivo de garantizar la preparación y respuesta adecuada ante un eventual aumento en la demanda de atención por infecciones respiratorias agudas.

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas ha presentado incremento en Centroamérica, las demás regiones han permanecido con niveles sostenidos de circulación. La detección por laboratorio evidencia circulación concurrente en toda la región de A(H1N1) pdm09, A(H3N2), y en menor medida Influenza B/Victoria. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles bajos de circulación en la región excepto Centroamérica. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia un aumento en la subregión Norteamérica y Andina, disminución en el resto de las subregiones. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 40 la tendencia de la circulación viral estuvo relacionada con los virus VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se observa variación significativa al incremento

para metapneumovirus, y al decremento para VSR. Los demás patógenos virales se mantienen estables. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 14).

Con relación a las neumonías y meningitis de origen bacteriano (distribución de serotipos y susceptibilidad a los antibióticos de *Streptococcus pneumoniae*) consulte el Sistema de Redes de Vigilancia de los Agentes Responsables de Neumonías y Meningitis Bacterianas (consulte [SIREVA](#)).

Tabla 14. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, Semanas Epidemiológicas 33 a 40 del 2025

Agente viral identificado	SE 33 a SE 36			SE 37 a SE 40			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	49,8	54,9	32,0	48,4	58,4	31,1	
Rinovirus	18,1	16,8	16,7	21,0	19,2	15,8	
VSR	34,2	48,5	4,2	26,9	38,5	5,3	
Enterovirus	9,6	5,4	8,3	11,4	11,5	-	
Adenovirus	8,5	10,2	-	10,2	12,5	-	
Influenza B	-	-	-	-	-	-	
Influenza A	10,0	7,8	33,3	10,8	4,8	21,1	
Parainfluenza	4,2	3,0	8,3	5,4	6,7	5,3	
Metapneumovirus	3,1	2,4	-	6,6	3,8	21,1	
A(H1N1)pdm09	4,6	0,6	16,6	4,8	1,0	21,1	
SARS-CoV2	4,2	3,6	4,2	1,8	1,9	5,3	
A(H3N2)	0,4	0,6	-	-	-	-	
Coronavirus	3,1	1,2	8,3	1,2	-	5,3	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025.

Porcentajes calculados del total de muestras analizadas con resultado positivo para algún agente viral.
*Se muestra la variación con significancia estadística

COVID-19

Metodología

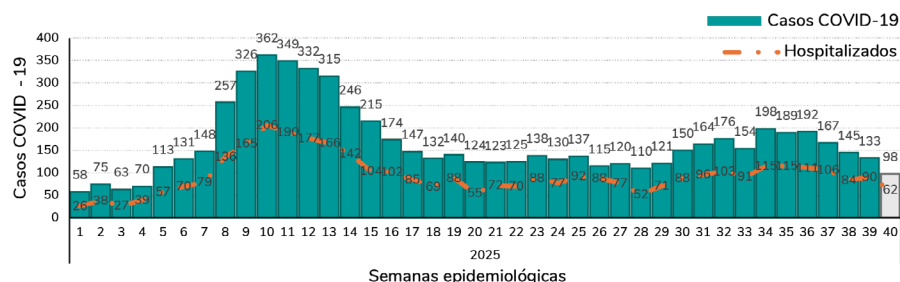
Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 40 del 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

Definición operativa del evento: persona con resultado positivo para SARS-CoV-2, independientemente de criterios clínicos o epidemiológicos, con o sin requerimiento de hospitalización.

El análisis del comportamiento se realiza comparando los casos confirmados de COVID-19. Se evaluaron los comportamientos inusuales por departamentos y municipios mediante la comparación de cuatro semanas previas y actuales. Interpretación: incremento (razón superior a 1 con significancia estadística ($p < 0,05$)) decremento (razón inferior a 1 con significancia estadística ($p < 0,05$)) y sin cambio (razón igual a 1 o inferior a 1 o superior a 1 sin significancia estadística ($p > 0,05$)).

En Colombia, con corte al 04 de octubre de 2025 (semana epidemiológica 40) y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 6 662 casos de COVID-19 (6 641 de procedencia Colombia y 21 casos exterior). En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (37 a 40 del 2025), se ha observado una disminución del 25,9 %, con 543 casos registrados en comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 33 a 36 del 2025), en el cual se reportaron 733 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 20,8 %, pasando de 432 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 342 casos en el periodo analizado (figura 10).

Figura 10. Comportamiento de COVID-19. Colombia, a Semana Epidemiológica 40 del 2025.



Fuente: Sivigila, 2025. SE:40 *SE: semana epidemiológica.

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 37 a 40), se registró una incidencia de 1,02 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 31 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 116 municipios.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 33 a 36), este indicador evidencia un aumento significativo a nivel departamental y distrital en Caquetá y Huila. A nivel municipal, el incremento se observa en Sogamoso (Boyacá), Florencia (Caquetá), Madrid (Cundinamarca), Pasto (Nariño) y Mocoa (Putumayo).

Durante el 2025, en Colombia se han notificado 116 fallecimientos asociados a COVID-19 (113 con procedencia nacional y 3 del exterior), lo que corresponde a una tasa de mortalidad de 0,2 fallecimientos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional. En el período analizado, se reportaron dos fallecimientos en Bogotá D. C. y un fallecimiento en Arauca, Antioquia respectivamente. El 71,5 % de los casos (83 fallecimientos) correspondió a personas de 60 años o más.

Tabla 15. Fallecimientos por COVID-19. Colombia, a Semana Epidemiológica 40 del 2025.

Entidad Territorial	Acumulados	Fallecidos		Mortalidad	
		PE anterior	PE actual	PE anterior	PE actual
Colombia	113	7	4	0,01	0,01
Arauca	5	1	1	0,36	0,36
Bogotá D. C.	34	3	2	0,04	0,03
Antioquia	7	1	1	0,01	0,01
Bolívar	1	0	0	0,00	0,00
Boyacá	3	0	0	0,00	0,00
Caldas	1	0	0	0,00	0,00
Cauca	5	0	0	0,00	0,00
Córdoba	5	1	0	0,05	0,00
Cundinamarca	7	0	0	0,00	0,00
Chocó	1	0	0	0,00	0,00
Huila	1	0	0	0,00	0,00
La Guajira	2	0	0	0,00	0,00
Magdalena	2	0	0	0,00	0,00
Meta	6	0	0	0,00	0,00
Nariño	3	0	0	0,00	0,00
Norte de Santander	1	0	0	0,00	0,00
Quindío	5	1	0	0,18	0,00
Santander	7	0	0	0,00	0,00
Sucre	3	0	0	0,00	0,00
Tolima	4	0	0	0,00	0,00
Valle del Cauca	4	0	0	0,00	0,00
Santiago de Cali D. E.	4	0	0	0,00	0,00
Casanare	1	0	0	0,00	0,00
Guaviare	1	0	0	0,00	0,00
Exterior	3	-	-	-	-

Fuente: Sivigila, 2025. SE:40.

*SE: Semana Epidemiológica.

PE: Periodo Epidemiológico -PE anterior (SE 33-36) y PE actual (SE 37-40)

Para obtener más información sobre el COVID-19, consulte el enlace <http://url.ins.gov.co/uu7la>, donde podrá ampliar detalles sobre los casos de COVID-19 en Colombia entre 2020 y 2025.

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 40 del 2025, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta las siguientes definiciones de caso establecidas en el protocolo de vigilancia en salud pública del evento¹:

Caso probable de dengue: Paciente procedente de área endémica que cumple con la definición de dengue con o sin signos de alarma.

- **Dengue sin signos de alarma:** enfermedad febril aguda de 2 a 7 días de evolución en la que se observan dos o más de las siguientes manifestaciones: cefalea, dolor retro-ocular, mialgias, artralgias, erupción cutánea, rash o leucopenia.
- **Dengue con signos de alarma:** paciente que cumple con la anterior definición y además presenta cualquiera de los siguientes signos de alarma: dolor abdominal intenso y continuo o dolor a la palpación, vómitos persistentes, diarrea, acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico), sangrado en mucosas, letargo o irritabilidad (principalmente en niños), hipotensión postural, hepatomegalia dolorosa >2 cm, caída de la temperatura, caída abrupta de plaquetas (<100 000) asociada a hemoconcentración.
- **Dengue grave:** todo caso de dengue que cumple con cualquiera de las manifestaciones graves de dengue que se mencionan a continuación: • Extravasación severa de plasma: Que conduce a síndrome de choque por dengue o acúmulo de líquidos con dificultad respiratoria. • Hemorragias severas: Paciente con enfermedad febril aguda, que presenta hemorragias severas con compromiso hemodinámico. • Daño grave de órganos: Paciente con enfermedad febril aguda y que presente signos clínicos o paraclínicos de daño severo de órganos como: daño hepático, daño del sistema nervioso central, corazón o afección de otros órganos.
- **Muerte por dengue:** todo caso que fallece con diagnóstico de dengue grave.

Caso confirmado de dengue: caso probable de dengue, dengue grave, o mortalidad por dengue confirmado por alguno de los criterios de laboratorio para el diagnóstico de dengue: ELISA NS1, RT-PCR o aislamiento viral en pacientes con 5 días o menos de inicio de síntomas o prueba de IgM Dengue ELISA en pacientes con 6 o más días de inicio de síntomas.

El canal endémico nacional y el análisis del comportamiento epidemiológico por entidad territorial se construyó con la metodología de medias geométricas (Marcelo Bortman), con los siguientes límites de control: **por debajo de lo esperado**, número de casos menor al límite inferior IC95 %; **dentro de lo esperado**, número de casos entre el límite inferior y la media geométrica IC95 %; **en alerta**, número de casos entre la media geométrica y el límite superior IC95 %, y **por encima de lo esperado**, número de casos por encima del límite superior IC95 %.

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de dengue. Versión 4. 20 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Dengue.pdf

Definición de periodo de transmisión: corresponde al comportamiento esperado mensualmente según el comportamiento histórico (2018-2023 sin 2021)

Alta transmisión	Moderada transmisión	Baja transmisión
Entidades territoriales que presentan durante el mes analizado una frecuencia de casos superior al promedio anual en al menos 5 años de su histórico (2018-2023 sin 2021).	Entidades territoriales que presentan durante el mes analizado una frecuencia de casos superior al promedio anual en 3 o 4 años de su histórico (2018-2023 sin 2021).	Entidades territoriales que presentan durante el mes analizado una frecuencia de casos superior al promedio anual en 0 o 2 años de su histórico (2018-2023 sin 2021).

El porcentaje de municipios por encima de lo esperado para dengue se calculó teniendo en cuenta como denominador el número de municipios en riesgo para el evento por departamento, según lo indicado en el *Lineamiento metodológico para la estratificación y estimación de la población en riesgo para arbovirosis en Colombia 2020-2023* del Ministerio de Salud y Protección Social.

En la semana epidemiológica 40 del 2025 se notificaron 1 801 casos de dengue: 1 388 casos de esta semana y 413 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 106 541 casos, 66 536 (62,5 %) sin signos de alarma, 38 982 (36,5 %) con signos de alarma y 1 023 (1,0 %) de dengue grave.

El 58,1 % (61 902) de los casos a nivel nacional proceden de Santander, Córdoba, Meta, Norte de Santander, Antioquia, Cartagena de Indias D. T., Tolima, Valle del Cauca y Atlántico (tabla 16); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 36 a 39 del 2025) el 59,4 % (4 300) de los casos se concentran en Norte de Santander, Santander, Antioquia, Meta, Córdoba, Cesar, Cartagena de Indias D. T. y Tolima.

Tabla 16. Casos notificados de dengue por Entidad Territorial de procedencia y clasificación. Colombia, a Semana Epidemiológica 40 del 2025.

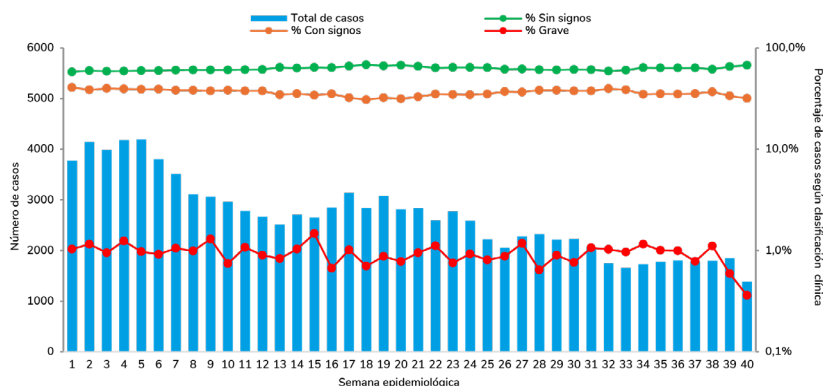
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 32-35 de 2025)	Observado (SE 36-39 de 2025)
Santander	9 545	32,5	0,6	632	730
Córdoba	9 501	36,5	0,3	710	549
Meta	9 224	33,7	1,1	586	555
Norte de Santander	7 659	40,1	1,2	669	771
Antioquia	7 501	34,6	0,8	580	580
Cartagena de Indias D. T.	5 312	23,6	1,1	317	391
Tolima	5 197	32,9	1,0	292	330
Valle del Cauca	4 256	26,2	0,5	229	281
Atlántico	3 707	43,9	1,5	297	235
Bolívar	3 590	39,0	0,8	271	282
Cundinamarca	3 546	39,8	0,6	82	135
Sucre	3 486	57,0	0,7	245	208
Huila	3 107	35,6	3,0	123	137
Putumayo	2 995	27,8	0,7	87	142
Santiago de Cali D. E.	2 939	35,2	0,8	163	209
Cesar	2 835	56,3	1,7	371	394
Barranquilla D. E.	2 677	36,6	1,2	114	139
La Guajira	2 586	58,6	1,3	166	106
Arauca	2 344	32,1	1,0	136	94
Caquetá	2 235	39,1	1,3	33	19
Magdalena	1 637	58,5	0,9	245	209
Casanare	1 495	32,5	0,4	70	50
Risaralda	1 033	35,1	1,2	39	40
Guaviare	1 029	19,2	0,5	36	75
Nariño	1 023	32,6	1,4	74	73
Cauca	1 009	37,5	1,6	31	39
Chocó	946	17,1	0,8	80	79
Quindío	892	26,0	0,2	38	73
Vichada	752	28,7	0,5	25	69
Boyacá	656	44,7	0,5	35	30
Santa Marta D. T.	511	59,5	0,8	53	82
Caldas	341	49,9	0,3	13	15
Amazonas	326	29,8	0,0	34	29
Exterior	255	50,6	5,5	22	21
Buenaventura D. E.	188	36,2	1,6	15	14
Vaupés	114	8,8	1,8	1	43
Archipiélago de San Andrés y Providencia	51	41,2	0,0	2	2
Guainía	41	41,5	0,0	1	10
Colombia	106 541	36,6	1,0	6 917	7 240

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 SE: Semana Epidemiológica

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 36 a 39 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 32 a 35 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Cundinamarca, Guaviare, Putumayo, Quindío, Santa Marta D. T., Vichada, Guainía y Vaupés; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Arauca, Caquetá y La Guajira; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 16).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 37 % a nivel nacional (figura 11); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 36 a 39 del 2025) fueron: Boyacá, Caldas, Magdalena, Santa Marta D. T., Sucre y Guainía.

Figura 11. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 40 del 2025.

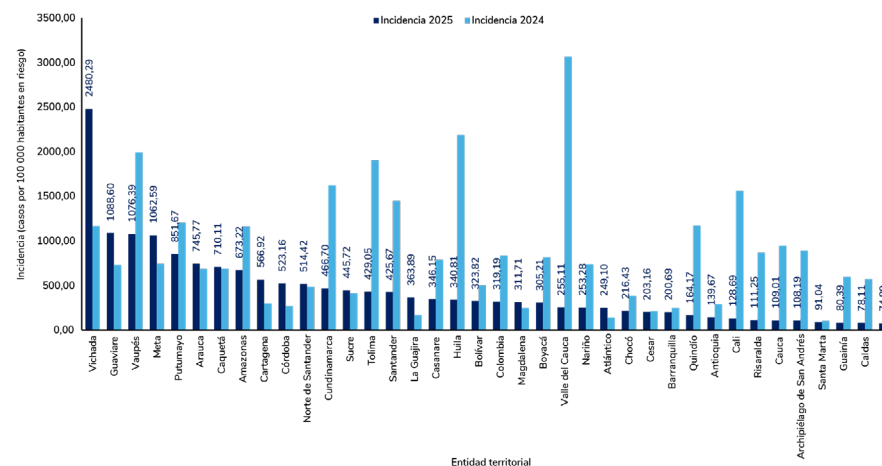


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

A semana epidemiológica 40 del 2025, la incidencia nacional de dengue es de 319,2 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2024 la incidencia fue de 836,6 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vichada, Guaviare, Vaupés y Meta presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 40 del 2025 registrando tasas superiores a 1 000 casos por 100 000 habitantes (figura 12). Por grupo de edad, la mayor

incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 602,1 casos por 100 000 habitantes.

Figura 12. Incidencia de dengue por Entidad Territorial de procedencia en Colombia, a Semana Epidemiológica 40, 2024-2025.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

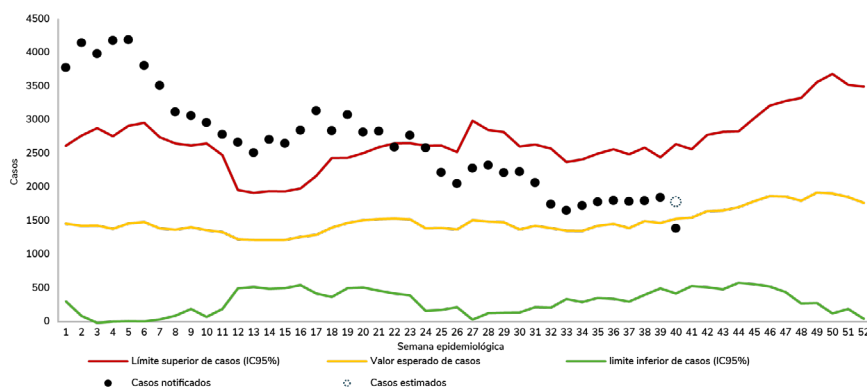
En la semana epidemiológica 40 del 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de alerta, comparado con su comportamiento histórico, observándose un comportamiento estable en las últimas semanas con una variación de 4,7 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 36 a 39 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 32 a 35 del 2025) (figura 13).

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico, se observa que el 29,7 % (11) se encuentra dentro de lo esperado, el 40,5 % (15) se encuentra en situación de alerta y el 29,7 % (11) se encuentra por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico. De este último grupo, la entidad territorial de Córdoba se encuentra en una temporada de alta transmisión según su comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada (tabla 17).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 40 del 2025 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el

13,6 % (112) se encuentra por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 24,6 % (14/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 18).

Figura 13. Canal endémico de dengue. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 40 del 2025.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

Tabla 17. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad. Colombia, a Semana Epidemiológica 40 del 2025.

Situación epidemiológica a SE 40, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de octubre		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Córdoba	Antioquia, Norte de Santander, Quindío, Vaupés	Amazonas, Guaviare, Guainía, Meta, Putumayo, Vichada
Alerta	Atlántico, Bolívar, Cartagena de Indias D. T., Cesar	Chocó, La Guajira, Magdalena, Nariño, Risaralda, Santa Marta D. T., Santander, Sucre y Valle del Cauca	Arauca, Boyacá
Dentro de lo esperado	Barranquilla D. E., Archipiélago de San Andrés y Providencia.	Buenaventura D. E., Caldas, Cundinamarca, Tolima	Caquetá, Casanare, Cauca, Huila, Santiago de Cali D. E.

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

Tabla 18. Municipios con comportamiento de dengue por encima de lo esperado según canal endémico, con población menor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue. Colombia, a Semana Epidemiológica 40 del 2025.

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		Esperado	Observado
Antioquia	Bello	20,9	116	6	16
	Itagüí	19,6	54	3	8
Cauca	Popayán	36,5	99	6	5
Cesar	Aguachica	674,5	829	100	78
Córdoba	Cereté	319,0	351	37	32
Cundinamarca	Fusagasugá	266,7	441	4	18
Meta	Villavicencio	906,8	4 624	335	371
Norte de Santander	Cúcuta	599,1	4 574	368	427
	Villa del Rosario	641,2	706	46	43
Risaralda	Pereira	108,0	524	17	20
	Dosquebradas	133,3	290	15	15
Santander	Barrancabermeja D. E.	312,1	670	50	68
Valle del Cauca	Jamundí	555,3	940	43	42
Arauca	Arauca	218,2	219	24	14

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: Semana Epidemiológica

A semana epidemiológica 40 del 2025, se han notificado 332 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 90 casos, se descartaron 198 casos y se encuentran en estudio 44 casos. De las muertes confirmadas, cuatro casos proceden del Exterior (Venezuela). La letalidad nacional por dengue es de 0,08 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024, se confirmaron 245 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 19).

Tabla 19. Letalidad por dengue por Entidad Territorial de procedencia. Colombia, a Semana Epidemiológica 40, 2024-2025.

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 40, 2025	Letalidad por dengue a SE 40, 2024
	Confirmados	En estudio		
Risaralda	3	0	0,29	0,12
Vichada	2	1	0,27	0,00
La Guajira	6	2	0,23	0,00
Cauca	2	1	0,20	0,08
Santa Marta D. T.	1	0	0,20	0,18
Putumayo	5	0	0,17	0,24
Huila	5	0	0,16	0,02
Barranquilla D. E.	3	1	0,11	0,00
Meta	10	1	0,11	0,11
Antioquia	8	3	0,11	0,12
Chocó	1	0	0,11	0,12
Cartagena de Indias D. T.	5	0	0,09	0,18
Sucre	3	1	0,09	0,09
Arauca	2	0	0,09	0,19
Bolívar	3	1	0,08	0,14
Santander	7	7	0,07	0,09
Santiago de Cali D. E.	2	1	0,07	0,05
Córdoba	6	3	0,06	0,02
Magdalena	1	2	0,06	0,00
Cundinamarca	2	1	0,06	0,06
Atlántico	2	2	0,05	0,10
Norte de Santander	4	4	0,05	0,14
Tolima	2	9	0,04	0,10
Cesar	1	1	0,04	0,24
Boyacá	0	1	0,00	0,11
Quindío	0	1	0,00	0,11
Exterior	4	1	1,57	0,91
Colombia	86	43	0,08	0,09

VPP (valor predictivo positivo) muertes por dengue: 30 %. SE: semana epidemiológica.

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2025.

Para ampliar la información sobre el comportamiento del evento puede consultarse el tablero de control de dengue dispuesto en el siguiente enlace:

<http://url.ins.gov.co/-2i6o>

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 40 del 2025, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

Definición operativa del evento: paciente con episodio febril ($> 37,5^{\circ} \text{C}$) actual o reciente (hasta de dos semanas o 15 días previos a la consulta), procedente de área o región endémica de malaria en los últimos 15 días, cuya enfermedad se confirme por la identificación de especies de *Plasmodium* spp, mediante algún examen parasitológico como: (gota gruesa), pruebas rápidas de detección de antígeno parasitario (PDR), o en situaciones especiales, técnica molecular (PCR)¹.

Estratificación de riesgo: para Colombia han sido definidos cinco estratos de riesgo, determinados según los siguientes criterios: receptividad (posibilidad del ecosistema para permitir la transmisión de la malaria, es decir que el territorio tenga una altura por debajo de 1 600 msnm y que se encuentre el vector), la intensidad de la transmisión (nivel de endemidad o número de casos autóctonos en los últimos 10 años) y el riesgo de importación del parásito (concepto asociado a la movilización de personas, movimientos migratorios internos o externos entre municipios).

Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1.600 ms. n. m. (-) vector
2	SI	NO	NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
3	SI	SI	SI/NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
4	SI	SI	SI	SI	0	SI	(+) focos activos y residuales
5	SI	SI	SI	SI	SI	-	(+) focos activos y residuales

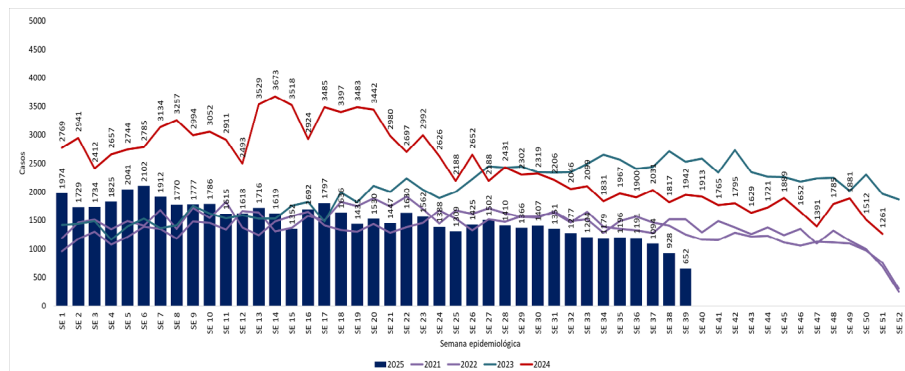
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros reflejan un menor riesgo.

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de malaria. Versión 5. 17 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Lineamientos/Pro_Malaria%202022.pdf

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de seguridad por malaria, como lo muestra el canal endémico (figura 14).

Figura 14. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 40 del 2021 al 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

En la semana epidemiológica 40 del 2025 se notificaron 1 371 casos de malaria, para un acumulado de 60 838 casos, de los cuales 59 753 son de malaria no complicada y 1 085 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 67,8 % (41 237), seguido de *Plasmodium falciparum* con 31,1 % (18 897) e infección mixta con 1,2 % (704). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 94,0 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (28,7 %), Antioquia (15,5 %), Nariño (13,0 %), Córdoba (8,2 %), Vaupés (6,2 %), Risaralda (4,1 %), Amazonas (4,0 %), Cauca (3,1 %), Buenaventura D. E. (2,7 %), Vichada (2,4 %), Bolívar (2,3 %), Guainía (2,2 %) y Boyacá (1,5 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 72,8 % de los casos son los que se muestran en la tabla 20.

Tabla 20. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 40 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 33 a 36	Casos 2025 SE 37 a 40	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	3 229	236	105	132,91
Córdoba	Tierralta	2 929	252	183	29,35
Chocó	Quibdó	2 556	186	93	17,68
Risaralda	Pueblo Rico	2 262	249	183	134,73
Antioquia	El Bagre	1 858	133	149	33,00
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	1 629	203	114	5,03
Nariño	El Charco	1 567	107	85	67,40
Chocó	Lloró	1 561	151	145	147,11
Nariño	Roberto Payán	1 408	69	53	105,64
Chocó	Bajo Baudó	1 394	102	94	41,08
Chocó	Bagadó	1 303	217	214	110,02
Nariño	Olaya Herrera	1 274	106	49	48,13
Guainía	Inírida	1 257	74	94	33,15
Amazonas	Tarapacá (CD)	1 232	126	81	281,60
Chocó	Tadó	1 211	107	66	60,09
Nariño	Magüí	1 195	45	34	4,48
Chocó	Istmina	1 109	113	92	32,80
Vichada	Cumaribo	1 104	37	17	12,69
Chocó	Alto Baudó	1 083	130	102	34,64
Córdoba	Puerto Libertador	1 053	45	42	23,19
Chocó	Medio San Juan	1 026	92	85	87,22
Cauca	Timbiquí	912	37	7	32,44
Boyacá	Cubará	895	21	25	105,06
Antioquia	Nechí	826	36	32	29,60
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	803	66	31	3,01
Bolívar	Montecristo	798	53	72	43,44
Chocó	El Cantón del San Pablo	777	39	35	112,51
Cauca	Guapi	757	74	54	25,63
Nariño	Barbacoas	752	31	27	12,83
Antioquia	Chigorodó	695	42	32	11,17
Antioquia	Turbo	689	40	50	5,12
Chocó	Carmen del Darién	639	33	28	28,84
Antioquia	Segovia	582	50	39	14,22
Antioquia	Cáceres	566	37	39	18,16
Chocó	Medio Baudó	545	67	46	32,26

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: semana epidemiológica

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 72,8 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que 15 municipios aportan el 47,3 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia decremento en el municipio de Mitú, Tierralta, Pueblo Rico, El Bagre, Quibdó, Tarapacá, Cumaribo y Alto Baudó y en incremento los municipios de Inírida, Puerto Libertador, Cubará, Montecristo y Bajo Baudó (tabla 21). Mientras que, 15 municipios aportan el 61,9 % de los casos por *P. falciparum*, de los cuales se evidencia en decremento en los municipios de El Charco, Quibdó, Buenaventura D. E., Timbiquí, Roberto Payán, Magüi, Bajo Baudó, Guapí, Olaya Herrera, Tadó, Lloró, Istmina, Medio San Juan y Tierralta y en incremento el municipio de Barbacoas como se muestra en la tabla 22.

Tabla 21. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 40 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 33 a 36 de 2025	Casos SE 37 a 40 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	232	105	-55 %	7,7 %
Córdoba	Tierralta	220	148	-33 %	6,1 %
Risaralda	Pueblo Rico	220	168	-24 %	4,9 %
Antioquia	El Bagre	103	127	23 %	3,6 %
Chocó	Quibdó	105	61	-42 %	3,4 %
Guainía	Inírida	69	90	30 %	3,0 %
Amazonas	Tarapacá (CD)	108	61	-44 %	2,5 %
Córdoba	Puerto Libertador	38	40	5 %	2,4 %
Boyacá	Cubará	21	25	19 %	2,2 %
Chocó	Bagadó	124	123	-1 %	2,2 %
Chocó	Lloró	77	85	10 %	2,1 %
Vichada	Cumaribo	30	14	-53 %	2,1 %
Chocó	Alto Baudó	83	56	-33 %	1,8 %
Bolívar	Montecristo	47	70	49 %	1,8 %
Chocó	Bajo Baudó	41	48	17 %	1,6 %

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: Semana Epidemiológica

Tabla 22. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 40 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 33 a 36 de 2025	Casos SE 37 a 40 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	97	77	-21 %	7,8 %
Chocó	Quibdó	80	31	-61 %	6,1 %
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	132	64	-52 %	5,4 %
Cauca	Timbiquí	37	7	-81 %	4,8 %
Nariño	Roberto Payán	22	20	-9 %	4,7 %
Nariño	Magüi	27	23	-15 %	4,6 %
Chocó	Bajo Baudó	61	46	-25 %	3,8 %
Cauca	Guapí	61	48	-21 %	3,7 %
Nariño	Olaya Herrera	60	25	-58 %	3,7 %
Chocó	Tadó	57	37	-35 %	3,5 %
Chocó	Lloró	59	58	-2 %	3,2 %
Chocó	Istmina	59	49	-17 %	3,0 %
Nariño	Barbacoas	8	10	25 %	2,7 %
Chocó	Medio San Juan	47	38	-19 %	2,5 %
Córdoba	Tierralta	31	35	13 %	2,5 %

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: Semana Epidemiológica

Comportamientos inusuales en Entidades territoriales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 40 del 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; 6 departamentos en situación de incremento y 8 departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 29 municipios en incremento y 71 municipios en decremento (tabla 23).

Tabla 23. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40 del 2025

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado a SE 40 2024	SE 40 2024	Acumulado a SE 40 2025	SE 40 2025	Esperado	Observado
Chocó	Lloró	5	3 393	39	1 566	17	136	146
Chocó	Istmina	5	1 659	13	1 120	13	63	92
Chocó	Medio San Juan	5	1 740	23	1 030	12	74	85
Nariño	El Charco	5	432	8	1 573	14	71	85
Amazonas	Tarapacá (CD)	5	690	14	1 242	7	53	81
Vichada	Puerto Carreño	4	96	1	323	9	18	77
Bolívar	Montecristo	5	1 179	26	834	15	42	74
Antioquia	Turbo	5	1 243	8	703	14	38	52
Vaupés	Taraira	5	103	5	176	8	31	49
Antioquia	Mutatá	5	998	6	549	12	40	47
Nariño	Santa Bárbara	1	499	7	239	4	24	41
Antioquia	Cáceres	4	512	8	567	6	28	39
Meta	Puerto Gaitán	4	124	2	307	4	6	39
Antioquia	Nechí	5	575	9	832	4	20	32
Antioquia	Tarazá	4	493	15	437	4	18	26
Boyacá	Cubará	4	1 383	19	900	2	15	25
Chocó	Nóvita	5	595	8	287	6	18	23
Amazonas	Leticia	4	533	7	520	2	8	22
Chocó	Belén de Bajirá	5	128	1	156	4	8	21
Arauca	Saravena	4	178	1	467	0	3	19
Chocó	Cértegui	4	317	4	182	2	10	15
Chocó	San José del Palmar	4	47	0	30	2	5	14
Risaralda	La Virginia	4	40	1	105	0	1	8
Amazonas	Puerto Arica (CD)	4	5	0	32	0	2	7
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	81	3	44	0	2	5
Arauca	Tame	4	11	0	20	0	0	3
Bolívar	Achí	4	39	0	47	1	0	3
Caquetá	El Paujíl	4	7	0	12	0	0	2
Córdoba	Sahagún	4	1	0	5	0	0	2

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: semana epidemiológica

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

Se define un caso de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años de edad, cuando el puntaje Z del indicador peso/talla o longitud está por debajo de -2 DE, y/o presenta los fenotipos de la desnutrición aguda severa (marasmo, kwashiorkor o kwashiorkor marasmático). Está asociada a pérdida de peso reciente o incapacidad para ganarlo, de etiología primaria, dado en la mayoría de los casos por bajo consumo de alimentos o presencia de enfermedades infecciosas¹.

Desnutrición aguda moderada: se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está entre -2 y -3 DE, puede acompañarse de algún grado de emaciación o delgadez. Este tipo de desnutrición debe detectarse y tratarse con oportunidad, dado que en poco tiempo se puede pasar a desnutrición aguda severa y/o complicarse con enfermedades infecciosas.

Desnutrición aguda severa: se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está por debajo de -3 DE, o cuando se presenta edema bilateral que puede llegar a anasarca. La desnutrición aguda severa puede presentar fenotipos clínicos que son el kwashiorkor, marasmo y marasmo-kwashiorkor.

La prevalencia de desnutrición aguda en menores de cinco años se calcula utilizando como numerador los casos notificados que cumplen con la definición operativa; para el denominador se toma la población menor de 5 años de las proyecciones de población DANE 2025. Se incluyen en el análisis los casos residentes en el país.

Para el análisis de comportamientos inusuales, se usó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 2020 y 2024 con corte al periodo de tiempo por analizar, para aquellas entidades con un valor observado inferior a 30 casos; para aquellas entidades con un valor observado superior a 30, se utilizó la metodología de MMWR donde se establece una distribución de probabilidad a partir de la mediana del evento, teniendo en cuenta la variabilidad de las entidades territoriales con mayor incremento y decremento.

Los datos pueden variar semanalmente por la notificación tardía y ajuste de casos al Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

¹ Instituto Nacional de Salud, Colombia. Protocolo de vigilancia de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años. Versión 8. 24 de abril de 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/LineamientosPRO_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%20de%202024.pdf

A semana epidemiológica 40 del 2025, se han notificado 16 738 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 16 616 corresponden a residentes en Colombia y 122 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (41 de 2024 a 40 de 2025) es de 0,59 casos por 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Magdalena. Así mismo, se presenta comportamiento inusual de aumento en 172 municipios a nivel nacional (15,3 %) y de disminución en 27 municipios (2,4 %) (tabla 24).

El 80,9 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, y el 19,1 % como desnutrición aguda severa. El 6,1 % de los casos en mayores de 6 meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (28,3 %) y de 1 año (27,9 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales el 66,7 %.

Para la semana epidemiológica 40 del 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Santa Marta D. T, Sucre, Vaupés y el Archipiélago de San Andrés y Providencia. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Al realizar el análisis en municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de 21 municipios (tabla 25).

Tabla 24. Casos de desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, Semana Epidemiológica 40, 2024-2025.

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 40 de 2024	Casos a SE 40 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	19 714	16 616	0,59	15,3	2,4
La Guajira	2 249	1 339	1,79	6,7	0,0
Vichada	268	172	1,59	0,0	0,0
Chocó	886	660	1,46	19,4	6,5
Magdalena	585	654	0,94	51,7	0,0
Risaralda	360	373	0,82	28,6	0,0
Arauca	291	142	0,77	0,0	28,6
Cesar	752	748	0,76	12,0	4,0
Guaviare	79	56	0,75	0,0	0,0
Amazonas	61	56	0,70	9,1	0,0
Cartagena de Indias D. T.	348	421	0,68	0,0	0,0
Casanare	251	202	0,66	10,5	5,3
Antioquia	2 305	2167	0,64	30,4	1,6
Bolívar	541	492	0,61	22,2	2,2
Boyacá	415	407	0,60	8,1	0,0
Nariño	730	543	0,60	12,5	1,6
Putumayo	153	151	0,60	0,0	0,0
Bogotá D. C.	2 549	2 077	0,57	0,0	0,0
Guainía	50	36	0,56	11,1	11,1
Norte Santander	537	575	0,55	15,0	2,5
Sucre	231	318	0,51	34,6	3,8
Meta	422	305	0,51	10,3	0,0
Vaupés	46	22	0,50	16,7	16,7
Buenaventura D. E.	203	136	0,49	0,0	0,0
Huila	443	372	0,49	18,9	0,0
Cundinamarca	1 163	910	0,48	6,9	0,9
Tolima	373	270	0,46	8,5	0,0
Valle del Cauca	491	497	0,46	30,0	0,0
Santa Marta D. T.	108	141	0,45	100,0	0,0
Santiago de Cali D.E.	459	478	0,43	0,0	0,0
Caquetá	160	107	0,39	0,0	6,3
Córdoba	490	405	0,36	6,7	0,0
Santander	526	391	0,35	14,9	3,4
Barranquilla D. E.	222	259	0,34	0,0	0,0
Caldas	216	153	0,33	11,1	0,0
Atlántico	405	275	0,30	4,5	18,2
Quindío	67	65	0,28	0,0	0,0
Cauca	271	238	0,27	4,8	9,5
Archipiélago de San Andrés y Providencia	8	3	0,13	50,0	0,0

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 41 de 2024 a SE 40 de 2025.

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 y 2025 (Información preliminar); DANE, Proyecciones de población 2025.

Tabla 25. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda, moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, Semana Epidemiológica 40 del 2025.

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Turbo	46	113
Tolima	Ibagué	51	78
Sucre	Sincelejo	35	74
Boyacá	Sogamoso	29	56
Valle del Cauca	Jamundí	30	53
Risaralda	Dosquebradas	30	52
Antioquia	Rionegro	26	42
Huila	Pitalito	25	37
Valle del Cauca	Yumbo	31	37
Cesar	Aguachica	20	35
Norte de Santander	Ocaña	32	35
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	15	33
Cauca	Popayán	23	32
Cundinamarca	Chía	21	32
Santander	Piedecuesta	35	32
Antioquia	Envigado	12	27
Norte de Santander	Villa del Rosario	45	26
Atlántico	Sabanalarga	35	22
Bolívar	Turbaco	11	21
Cundinamarca	Girardot	40	21
Santander	Floridablanca	25	15

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020 a 2025 (Información preliminar)

Para mayor información, consulte el tablero de control del evento de desnutrición aguda en menores de cinco años disponible en: <http://url.ins.gov.co/489r9>

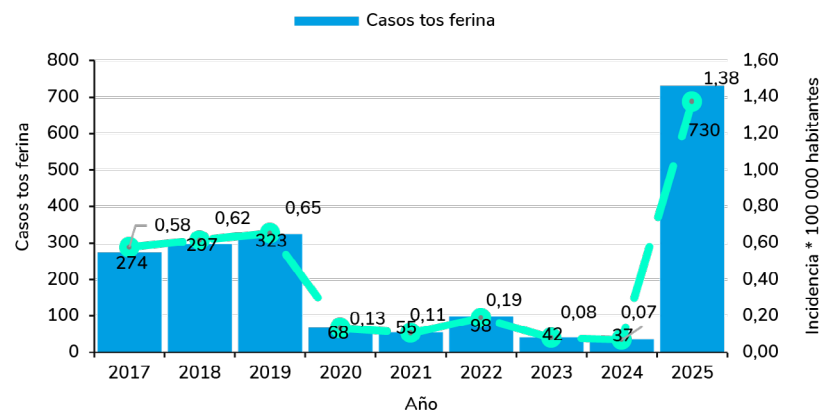
Tos ferina

Nota: el presente informe descriptivo se refiere exclusivamente al análisis de los casos confirmados de tos ferina, ya sea por laboratorio, nexa epidemiológico o criterio clínico. Las incidencias se calcularon únicamente con base en los casos procedentes de Colombia.

Durante 2025 (SE 1-39) a nivel nacional se notificaron en Sivigila 5 712 casos de tos ferina. De estos, el 12,9 % (739 casos) fueron confirmados (730 con procedencia nacional y 9 importados), el 80,3 % (4 589 casos) fueron descartados y el 6,7 % (384 casos) continúa en estudio.

La incidencia nacional fue de 1,38 casos por cada 100 000 habitantes. Al compararla con los registros históricos para la misma semana epidemiológica, se observa un incremento respecto a los años 2017 al 2024, cuando la incidencia no superó los 0,65 casos por cada 100 000 habitantes (figura 15).

Figura 15. Incidencia de casos confirmados de tos ferina a Semana Epidemiológica 39, Colombia, 2017-2025.

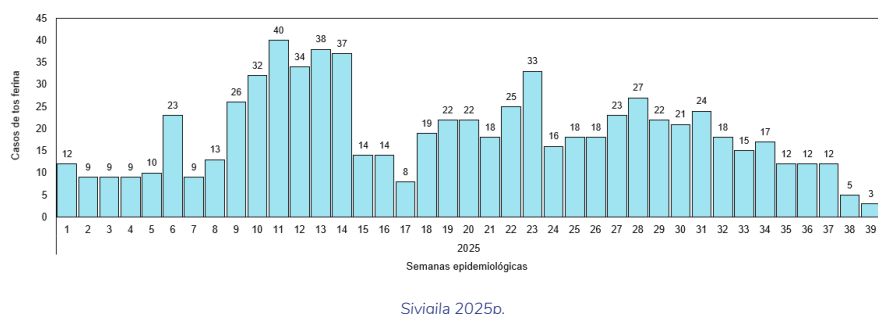


Fuente: Sivigila 2019 a 2025p

La figura 18 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante el 2025 (semanas epidemiológicas 1 a 39). Se evidencia un incremento progresivo a partir de la semana epidemiológica 6, con un pico máximo en la semana epidemiológica 11 (40 casos). Posteriormente, los casos

disminuyen, aunque se presentan repuntes en las semanas epidemiológicas 23 (33 casos) y 28 (27 casos). En las últimas ocho semanas se observa una tendencia descendente, con una reducción del 48,4 %, al pasar de 62 casos (semanas epidemiológicas 32 a 35) a 32 casos (semanas epidemiológicas 36 a 39).

Figura 16. Casos semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 39 del 2025



Comportamiento de la tos ferina por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 39, del 2019 al 2025

El mayor número de casos se registró en Bogotá D. C. con 253 casos y una incidencia de 3,19 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de Antioquia con 173 casos (2,50), Cundinamarca con 46 casos (1,30) y Caldas con 24 casos (2,28).

La tabla 26 presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia y su respectiva incidencia, en comparación con los datos históricos del período 2019-2024 para la misma semana epidemiológica.

Tabla 26. Incidencia de tos ferina por departamento de procedencia, hasta la Semana Epidemiológica 39, (2019 al 2025)

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Minigráfico	2025
Colombia	0,65	0,13	0,11	0,19	0,08	0,07	1,38		730
Bogotá D. C.	0,84	0,09	0,01	0,06	0,04	0,05	3,19		253
Antioquia	0,81	0,18	0,15	0,13	0,04	0,07	2,50		173
Cundinamarca	0,45	0,13	0,06	0,00	0,12	0,14	1,30		46
Caldas	0,60	0,00	0,00	0,00	0,29	0,00	2,28		24
Huila	0,36	0,35	0,00	0,00	0,08	0,34	1,90		23
Risaralda	0,84	0,10	0,00	0,21	0,00	0,00	1,79		18
Cartagena de Indias D. T.	0,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,78		18
Chocó	0,37	0,18	3,66	0,51	0,00	0,33	2,70		16
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,80		16
Santiago de Cali D. E.	0,13	0,31	0,00	0,00	0,18	0,09	0,61		14
Meta	0,19	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	1,04		12
Bolívar	0,09	0,26	0,09	0,00	0,00	0,00	0,98		12
Valle del Cauca	0,20	0,00	0,15	0,05	0,00	0,00	0,52		11
La Guajira	0,00	0,10	0,00	5,90	0,00	0,00	0,94		10
Boyacá	0,49	0,08	0,08	0,00	0,31	0,00	0,70		9
Atlántico	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,57		9
Cesar	0,40	0,31	0,00	0,00	0,15	0,07	0,54		8
Cauca	0,54	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44		7
Nariño	0,37	0,12	0,00	0,06	0,00	0,00	0,41		7
Santander	0,45	0,13	0,61	0,04	0,04	0,04	0,29		7
Quindío	0,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,35	1,08		6
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,69		4
Santa Marta D. T.	0,19	0,19	0,00	1,28	0,72	0,00	0,69		4
Magdalena	0,23	0,00	0,00	0,22	0,11	0,00	0,42		4
Sucre	0,22	0,21	0,10	0,00	0,00	0,00	0,39		4
Barranquilla D. E.	0,24	0,16	0,00	0,00	0,00	0,22	0,31		4
Norte de Santander	0,96	0,12	0,00	0,00	0,35	0,06	0,18		3
Vaupés	110,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,53		2
Arauca	1,07	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00	0,72		2
Caquetá	1,23	0,73	0,00	0,00	0,00	0,93	0,47		2
Tolima	0,15	0,07	0,07	0,07	0,22	0,14	0,14		2

Fuente: Sivigila 2019 a 2025p.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas, la incidencia nacional fue de 0,06 casos por cada 100 000 habitantes (32 casos). El mayor valor se observó en Vaupés con 4,53 (2 casos), seguido de Caldas con 0,19 (2 casos) (tabla 27).

Tabla 27. Tendencia de casos de tos ferina en Colombia por departamento de procedencia en las últimas ocho semanas epidemiológicas (32 a 39) del 2025

Entidad territorial	Casos acumulados	Incidencia acumulada	Casos PE anterior (SE 32-39)	Casos PE actual (SE 36-39)	Incidencia PE anterior (SE 32-39)	Incidencia PE actual (SE 36-39)	Tendencia de la incidencia
Colombia	730	1,38	59	32	0,11	0,06	
Vaupés	2	4,53	0	2	0,00	4,53	
Caldas	24	2,28	1	2	0,09	0,19	
Quindío	6	1,08	3	1	0,54	0,18	
Santa Marta D. T.	4	0,69	1	1	0,17	0,17	
Chocó	16	2,70	1	1	0,17	0,17	
Bolívar	12	0,98	2	2	0,16	0,16	
Boyacá	9	0,70	0	2	0,00	0,15	
Antioquia	173	2,50	10	8	0,14	0,12	
Risaralda	18	1,79	2	1	0,20	0,10	
Meta	12	1,04	2	1	0,17	0,09	
Barranquilla D. E.	4	0,31	1	1	0,08	0,08	
Bogotá D. C.	253	3,19	20	6	0,25	0,08	
Atlántico	9	0,57	1	1	0,06	0,06	
Córdoba	16	0,80	6	1	0,30	0,05	
Santander	7	0,29	0	1	0,00	0,04	
Cundinamarca	46	1,30	2	1	0,06	0,03	
Cartagena de Indias D. T.	18	1,78	2	0	0,20	0,00	
Caquetá	2	0,47	0	0	0,00	0,00	
Cauca	7	0,44	0	0	0,00	0,00	
Cesar	8	0,54	0	0	0,00	0,00	
Huila	23	1,90	0	0	0,00	0,00	
La Guajira	10	0,94	1	0	0,09	0,00	
Magdalena	4	0,42	1	0	0,10	0,00	
Nariño	7	0,41	0	0	0,00	0,00	
Norte de Santander	3	0,18	0	0	0,00	0,00	
Sucre	4	0,39	1	0	0,10	0,00	
Tolima	2	0,14	0	0	0,00	0,00	
Valle del Cauca	11	0,52	0	0	0,00	0,00	
Santiago de Cali D. E.	14	0,61	2	0	0,09	0,00	
Arauca	2	0,72	0	0	0,00	0,00	
Vichada	4	2,69	0	0	0,00	0,00	

Fuente: sivigila 2019-2025p

Seguimiento de brotes de tos ferina en población indígena por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 39 del 2025

Durante el periodo analizado se notificaron 88 casos de tos ferina en población indígena, distribuidos en 21 municipios de 12 entidades territoriales. El mayor número de casos se registró en Urrao (Antioquia) con 29, seguido de Bagadó (Chocó) con 13 y Bogotá D. C. con 6 casos.

Actualmente, se encuentran en seguimiento brotes en población indígena en los municipios de Bagadó y Tadó (Chocó), Pueblo Rico y Mistrató (Risaralda), Tierralta (Córdoba), Puerto Gaitán (Meta), Anserma (Caldas), Yavaraté (Vaupés), Ciénaga (Magdalena) y San Rafel (Antioquia) (tabla 28).

En población indígena se han confirmado siete fallecimientos, todas ocurridas en menores de un año.

Tabla 28. Casos de tos ferina en población indígena en Colombia, por departamento de procedencia, hasta la semana epidemiológica 39 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos	Fallecidos	Estado
Colombia		88	7	Abierto
Antioquia	Urrao	29	2	Cerrado
	Betulia	1	0	Cerrado
	San Rafael	2	0	Abierto
Bogotá D.C.	Bogotá D. E.	6	0	Cerrado
Cauca	Caloto	1	0	Cerrado
Caldas	Belalcázar	3	0	Cerrado
	Manizales	5	0	Cerrado
	Anserma	1	0	Abierto
Chocó	Bagadó	13	2	Abierto
	Tadó	2	0	Abierto
	El Carmen de Atrato	1	0	Cerrado
La Guajira	Maicao	1	0	Cerrado
	Riohacha D. E.	2	0	Cerrado
	Uribia	4	0	Cerrado
Córdoba	Tierralta	4	2	Abierto
Meta	Puerto Gaitán	6	1	Abierto
Risaralda	Pueblo Rico	1	0	Abierto
	Mistrató	2	0	Abierto
Magdalena	Ciénaga	1	0	Abierto
Vichada	Cumaribo	1	0	Cerrado
Vaupés	Yavaraté (CD)	2	0	Abierto

Fuente: Sivigila 2025p

ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, octubre 07 del 2025.

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, en el acumulado 2024-2025p se han confirmado 135 casos de fiebre amarilla y tres (3) casos procedentes del exterior (Estado Apure 2 y Estado Amazonas 1), con 53** defunciones (acumuladas 2024-2025 preliminar), con una letalidad acumulada preliminar del 39,3 % (53/135)*. Se han descartado 1 940 casos.

Durante el año 2024 se notificaron 23 casos de fiebre amarilla, con 13 fallecimientos. En lo corrido del 2025p, se han confirmado 112 casos de fiebre amarilla, de los cuales 40 son casos fallecidos confirmados. La distribución geográfica de los casos confirmados acumulados del periodo 2024-2025p corresponden a diez (10) departamentos:

- **Tolima (115 casos):** Ataco (26), Villarrica (22), Cunday (20), Prado (17), Chaparral (8), Rioblanco (7), Purificación (7), Dolores (4), Ibagué (1), Palocabildo (1), Valle de San Juan (1) y Espinal (1).
- **Putumayo (8 casos):** Orito (4), Villagarzón (2), San Miguel (1) y Valle del Guamuez (1).
- **Meta (3 casos):** San Martín (1), Granada (1) y La Macarena (1).
- **Caquetá (2 casos):** Cartagena del Chairá (1) y El Doncello (1).
- **Nariño (2 casos):** Ipiales área rural (2).
- **Vaupés (1 caso):** Mitú (1)
- **Caldas (1 caso):** Neira (1)
- **Cauca (1 caso):** Piamonte (1).
- **Huila (1 caso):** Campoalegre (1).
- **Guaviare (1 caso):** San José del Guaviare (1)
- **Exterior (3 casos):** procedentes de Venezuela del Estado de Apure (2) y Estado Amazonas (1).

*Se excluyen 5 casos de mortalidad ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla y un caso en estudio (1).

** El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales, y un caso en estudio (1).



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

Las mortalidades acumuladas (preliminares) 2024-2025p se distribuyen en nueve departamentos: Tolima (39)**, Putumayo (6), Meta (3), Caquetá (1), Nariño (1), Caldas (1), Cauca (1), Guaviare (1) y Huila (1).

La edad promedio de los casos es de 46 años (rango entre 2 y 92 años), con predominio del sexo masculino (108 hombres y 27 mujeres). Los grupos de edad más afectados son los mayores de 65 años (29 casos) y los de 60 a 64 años (15 casos).

Se han confirmados 69 casos de epizootias de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH) distribuidos así: 52 con procedencia de Tolima en los municipios de Chaparral (17), Ataco (10), Planadas (6), San Antonio (5), Cunday (5), Rioblanco (4), Villarrica (3), Purificación (1), Prado (1); ocho (8) casos procedentes de Huila en los municipios de: Neiva (3), Palermo (3) y Aipe (2); ocho (8) casos procedentes de Putumayo en los municipios de Mocoa (6), Orito (2) y un (1) caso procedente de Meta en el municipio de Villavicencio. La situación se encuentra bajo seguimiento en Sala de Análisis del Riesgo Nacional, con despliegue de equipos de respuesta inmediata (ERI) del INS.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS.

Actualización brote de fiebre amarilla en zona rural del departamento del Tolima, octubre 07 del 2025.

Situación con ocurrencia en los municipios de: Ataco, Villarrica, Cunday, Prado, Chaparral, Rioblanco, Purificación, Dolores, Ibagué, Palocabildo, Valle de San Juan, y Espinal en el departamento del Tolima. Este brote inició en septiembre del 2024, y hasta la fecha se han confirmado 115 casos acumulados de fiebre amarilla, 114 mediante PCR y 1 por nexo epidemiológico. Se han registrado 44 fallecimientos acumulados, lo que corresponde a una letalidad del 33,0 % (38*/115). El último caso fue confirmado el 1 de octubre del 2025 de procedencia el municipio de Cunday en estudio su causa de fallecimiento. En el 2025p, se han notificado 1 015 casos, de los cuales 912 fueron descartados.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS.

*Se excluyen 5 casos de mortalidad ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla y un caso en estudio (1).

** El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales, y un caso en estudio (1).

Brote de enfermedad transmitida por Alimentos (ETA), Marulanda, Caldas, octubre 07 del 2025

Brote de ETA notificado el 3 de octubre durante evento cultural. Se identificaron 17 casos entre 270 expuestos (tasa de ataque: 6,3 %). Todos los casos recibieron atención médica ambulatoria, no se reportaron hospitalizaciones ni muertes. La visita de inspección, vigilancia y control IVC no evidenció deficiencias visibles en el área de preparación, pero se determinó como punto crítico de control el manejo y conservación de los productos cárnicos. Se brindan recomendaciones con respecto a la conservación de cadena de frío y transporte de alimentos perecederos, llevar registros diarios de temperatura, almacenamiento y transporte, garantizar condiciones higiénico-sanitarias, realizar seguimiento y acompañamiento técnico en eventos con manipulación de alimentos. Están pendientes los resultados del análisis microbiológico. Esta información está sujeta a cambios y en seguimiento por referente del evento.

Fuente: Secretaría Departamental de Salud de Caldas

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 40 del 2025 no se notificaron casos o alertas de mpox clado 1b, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS.

ALERTAS INTERNACIONALES

Actualización de la enfermedad por el virus del Ébola en República Democrática del Congo. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 07 de octubre del 2025.

Desde que se reportó el brote (04 de septiembre del 2025) en la República Democrática del Congo (RDC), hasta el 05 de octubre del 2025, se han notificado 64 casos (53 confirmados y 11 probables), incluidas 43 muertes (32 confirmadas y 11 probables) en seis áreas sanitarias afectadas de la Zona Sanitaria de Bulape, provincia de Kasai; letalidad 67,2 %.

El brote de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en la RDC muestra indicios de contención, con diez días sin ningún caso nuevo reportado hasta el 05 de octubre. Los casos más recientes se reportaron en las áreas sanitarias de Bulape y Dikolo el 26 de septiembre de 2025.

Un total de 1 985 contactos permanecen en seguimiento, de los cuales el 98,6 % (n = 1 957) fueron atendidos el 5 de octubre del 2025. Seis casos confirmados permanecen hospitalizados y reciben atención clínica. Si no se notifican nuevos casos, el país iniciará la cuenta regresiva de 42 días para declarar el fin del brote, una vez que los pacientes restantes reciban el alta.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). EBOLA VIRUS DISEASE, Democratic Republic of the Congo, External Situation Report 04. Fecha de publicación: 07 de octubre de 2025. Fecha de consulta: 08 de octubre de 2025. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c872be1b-318c-4f78-8d03-96a8fbc070b/content>

Situación global sobre la enfermedad por el virus de chikungunya (CHIKV). Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 03 de octubre del 2025.

Entre el 1 de enero y el 30 de septiembre del 2025, se notificaron en todo el mundo 263 592 casos sospechosos y 181 679 confirmados de enfermedad CHIKV y 155 muertes relacionadas con la enfermedad CHIKV. La Región de Las Américas ha reportado el mayor número de casos, seguida de la región europea.

En Las Américas se han notificado 228 591 casos sospechosos por 14 países, incluidos 100 329 casos confirmados y 115 muertes. Bolivia reportó 5 372 casos junto con cuatro muertes. Brasil reportó 96 159 casos confirmados y 111 muertes. Cuba reportó 34 casos confirmados.

El potencial de propagación geográfica sigue siendo sustancial dado que el Chikungunya puede ser introducido en nuevas áreas por viajeros infectados donde se puede establecer la transmisión local en presencia del mosquito Aedes y una población susceptible. El fortalecimiento de la vigilancia, la vigilancia y el control de los vectores y la mejora de la preparación de la salud pública son esenciales para mitigar el riesgo de una mayor transmisión.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedad por el virus del chikungunya: situación mundial. Fecha de publicación: 03 de octubre del 2025. Fecha de consulta: 04 de octubre del 2025. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON581>

Alerta epidemiológica por riesgo de intoxicación por metanol. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 7 de octubre del 2025

El consumo de alcohol producido, distribuido o vendido al margen del mercado legal constituye un riesgo sanitario significativo en la Región de las Américas. Estas formas de alcohol pueden contener contaminantes peligrosos, como metanol o metales pesados, que incrementan el riesgo de ceguera, daño neurológico o muerte incluso en dosis relativamente bajas.

En los últimos cinco años al menos cinco países de la Región de las Américas han reportado casos y defunciones relacionadas a intoxicación por metanol; más recientemente Brasil notificó 16 casos confirmados de intoxicación por metanol tras el consumo de bebidas alcohólicas adulteradas.

En 2020, México notificó un brote con 81 casos confirmados y 27 fallecidos. En el mismo año, la República Dominicana reportó un evento similar, con 322 casos confirmados y 199 fallecidos. En 2022, Perú reportó un incremento sostenido de casos con 372 notificaciones y 156 fallecidos. En 2025, Colombia informó 89 casos de intoxicación por metanol, con un brote concentrado en la ciudad de Barranquilla y casos adicionales en otros departamentos. Desde agosto y hasta el 5 de octubre de 2025, en Brasil fueron notificados 225 casos sospechosos de intoxicación por metanol, de los cuales 16 fueron confirmados (dos en Paraná y 14 en São Paulo) y se registraron 15 fallecimientos de los cuales dos fueron confirmados y 13 se encuentran bajo investigación.

Ante el riesgo de intoxicación por metanol asociados al consumo de bebidas alcohólicas adulteradas, la OPS/OMS recomienda adoptar medidas para la vigilancia, control del mercado de alcohol no registrado y preparación de los servicios para la atención oportuna de estos eventos.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alerta epidemiológica: riesgo de intoxicación por metanol. Fecha de publicación: 7 de octubre del 2025. Fecha de consulta: 8 de octubre del 2025. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/2025-10/2025-oct-07-phe-alerta-intoxicacion-metanol-es-final_0.pdf



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por Entidad Territorial a
Semana Epidemiológica 40 de 2025

Los comportamientos inusuales permiten determinar el estado de un evento de interés en salud pública en las Entidades Territoriales, para esto, se utilizan varias metodologías estadísticas las cuales generan tres tipos de resultados que son presentados en las tablas anexas; el primero corresponde a las entidades con un aumento significativo en el número de casos y se representan en color amarillo, el segundo disminución significativa en el número de casos y se representan en color gris, y el tercero valores dentro de lo esperado en el número de casos y se representa en color blanco.

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 40

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Defectos Congénitos			Hepatitis A		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	49	1	3	391	34	32	326	20	29	97	8	10	0	0	0	15	1	2	0	0	0
Antioquia	476	12	16	16670	1350	1732	7501	263	580	2597	124	196	58	4	2	1281	106	120	551	43	14
Arauca	88	2	1	704	56	69	2344	72	94	753	15	15	24	0	0	62	6	14	3	0	0
Atlántico	96	2	1	3477	263	323	3707	269	235	1629	162	112	54	7	4	44	6	5	2	0	0
Barranquilla D.E.	14	0	1	3693	257	342	2677	324	139	979	166	47	31	6	1	90	6	7	20	2	0
Bogotá D.C.	2	0	0	19428	1802	1952	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3020	174	327	107	20	7
Bolívar	238	8	3	2461	202	226	3590	325	282	1401	170	98	28	8	2	132	9	20	2	0	0
Boyacá	59	2	2	5876	492	584	656	25	30	293	9	18	3	0	1	527	36	35	6	0	0
Buenaventura D.E.	20	0	1	100	11	10	188	30	14	68	12	4	3	0	0	22	3	2	1	0	0
Caldas	54	1	1	3380	289	345	341	18	15	170	11	10	1	0	0	90	8	14	10	1	1
Santiago de Cali D.E.	7	0	0	4317	413	443	2939	596	209	1034	253	64	24	7	5	491	39	38	64	16	3
Caqueté	160	3	4	969	86	98	2235	55	19	873	32	6	29	0	0	62	8	3	2	0	0
Cartagena de Indias D.T.	12	0	0	1577	128	170	5312	320	391	1256	169	95	58	8	4	158	15	17	6	0	0
Casanare	134	3	2	1510	118	176	1495	127	50	486	49	11	6	2	1	67	6	9	46	0	0
Cauca	83	2	1	4680	437	402	1009	57	39	378	24	10	16	1	2	449	26	74	30	1	4
Cesar	257	8	6	2591	179	263	2835	279	394	1595	178	202	49	7	1	63	9	6	5	1	0
Cóccó	173	4	3	251	19	37	946	71	79	162	16	16	8	1	1	84	6	6	2	0	0
Córdoba	235	8	2	4303	352	394	9501	415	549	3471	203	280	31	4	3	218	26	20	4	1	0
Cundinamarca	68	3	2	12353	1055	1181	3546	180	135	1410	88	48	21	1	1	884	49	82	21	3	2
Guainía	18	0	0	162	12	12	41	5	10	17	1	6	0	0	0	14	1	0	0	0	0
Guaviare	87	1	1	325	30	26	1029	26	75	198	7	5	5	0	1	36	3	2	1	0	0
Huila	133	3	1	5527	453	607	3107	275	137	1107	114	40	93	8	3	303	28	27	10	1	2
La Guajira	114	2	5	1901	157	183	2586	131	106	1516	91	52	34	3	1	51	9	8	4	0	0
Magdalena	117	3	1	2104	188	179	1637	116	209	958	77	128	15	2	2	45	4	4	1	0	0
Meta	217	4	3	3670	306	349	9224	331	555	3109	133	161	106	3	5	140	16	12	97	4	8
Nariño	93	2	2	6199	516	599	1023	77	73	334	21	30	14	1	1	264	21	29	5	1	0
Norte de Santander	265	7	4	5595	437	585	7659	358	771	3069	207	250	93	5	5	292	33	32	28	9	2
Putumayo	132	4	0	1505	131	153	2995	42	142	832	13	43	22	0	2	99	7	5	0	0	0
Quindío	14	0	0	2553	210	231	892	28	73	232	10	15	2	0	1	34	7	9	29	2	1
Risaralda	51	0	2	3644	301	357	1033	22	40	363	12	12	12	0	1	132	16	22	7	2	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	369	27	27	51	8	2	21	4	0	0	0	0	6	1	1	0	0	0
Santa Marta D.T.	39	0	2	1920	115	177	511	55	82	304	33	49	4	1	1	33	4	3	3	0	0
Santander	184	6	2	6557	518	657	9545	512	730	3100	253	229	58	5	6	178	20	21	83	4	2
Sucre	86	1	3	2448	183	240	3486	319	208	1988	194	109	25	5	1	69	7	5	2	0	0
Tolima	126	2	2	6118	494	630	5197	614	330	1711	297	93	53	5	3	200	17	26	6	0	0
Valle del Cauca	65	2	1	7552	598	780	4256	389	281	1116	167	73	23	3	0	349	24	25	19	5	1
Vaupés	43	0	0	247	12	11	114	11	43	10	4	0	2	0	1	18	1	1	13	0	0
Vichada	46	1	1	229	22	23	752	11	69	216	3	11	4	0	0	17	2	2	0	0	0
Total nacional	4055	97	79	147,356	12,253	14605	106,286	6,776	7,219	38,853	3,330	2,548	1,009	97	62	10039	759	1035	1,190	116	47

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 40

Decremento
Incremento

	Intoxicaciones por medicamentos			Intoxicaciones por plaguicidas			Intoxicaciones por metanol			Intoxicaciones por metales			Intoxicaciones por solventes			Intoxicaciones por otras sustancias químicas			Intoxicaciones por gases		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	21	3	3	27	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1	0	15	0	0
Antioquia	2947	329	346	570	74	67	7	1	0	10	1	0	102	7	16	603	60	85	212	15	51
Arauca	62	6	8	89	10	12	0	0	0	0	0	0	3	0	0	44	3	3	1	0	0
Atlántico	520	48	54	76	12	5	3	1	1	2	0	0	61	3	5	158	13	14	8	1	1
Barranquilla D.E.	547	56	67	79	9	3	27	1	26	1	1	0	57	4	7	174	14	17	24	3	0
Bogotá D.C.	3327	288	408	208	31	23	11	1	2	21	1	1	118	11	15	847	76	106	316	26	72
Bolívar	229	20	16	100	13	11	2	0	0	1	0	0	29	2	3	102	8	6	40	4	1
Boyacá	405	41	54	135	11	20	0	1	0	0	0	0	18	2	1	67	5	4	23	14	2
Buenaventura D.E.	27	4	2	10	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	2	1	0	0	0
Caldas	407	50	33	116	16	10	1	0	0	0	0	0	11	1	2	50	8	7	60	5	1
Santiago de Cali D.E.	873	88	94	97	15	12	0	1	0	2	0	0	27	2	4	223	19	20	5	1	2
Caquetá	85	12	13	86	10	10	0	0	0	0	0	0	10	1	1	38	3	5	2	0	0
Cartagena de Indias D.T.	276	28	23	38	8	3	2	0	1	1	0	0	11	0	2	77	6	10	3	0	0
Casanare	123	11	20	90	7	16	0	0	0	0	0	0	15	0	1	50	2	8	1	3	0
Cauca	238	31	27	220	28	18	3	1	1	2	0	0	18	1	2	89	9	8	25	1	1
Cesar	305	29	27	180	15	16	0	1	0	0	0	0	55	5	4	138	14	24	7	2	0
Chocó	20	2	1	53	5	4	0	3	0	1	0	0	6	0	0	35	2	5	1	0	0
Córdoba	479	49	44	222	25	21	7	2	1	4	0	0	58	5	3	248	21	22	19	3	3
Cundinamarca	998	97	114	198	26	11	2	2	1	2	0	0	42	5	2	204	15	19	162	3	92
Guainía	4	1	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	1	0	0	0
Guaviare	35	3	7	13	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	12	1	1	1	0	0
Huila	235	27	34	241	28	32	1	0	0	2	0	0	20	1	2	89	8	11	19	1	2
La Guajira	157	13	14	68	5	7	0	1	0	1	1	0	17	1	0	95	7	20	17	0	0
Magdalena	166	17	16	66	9	4	0	0	0	0	0	0	21	1	3	89	7	22	7	0	0
Meta	291	29	31	216	18	24	0	0	0	1	0	0	34	3	5	132	11	13	13	1	0
Nariño	544	63	58	378	30	40	7	0	1	2	0	1	24	4	4	187	18	22	15	2	2
Norte de Santander	475	49	38	261	30	26	0	1	0	1	1	0	29	4	1	154	17	13	26	2	1
Putumayo	108	9	12	159	13	12	0	0	0	1	0	0	15	2	0	71	6	4	7	0	0
Quindío	191	24	26	68	9	4	0	0	0	0	0	0	7	2	0	50	8	7	7	4	0
Risaralda	493	50	43	132	14	15	5	0	0	10	0	0	15	3	1	162	12	19	20	1	3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	14	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	9	0	1	0	0	0
Santa Marta D.T.	174	16	19	46	2	4	0	0	0	0	0	0	10	1	2	38	4	7	7	1	0
Santander	694	73	66	238	25	25	3	1	1	9	1	0	43	2	3	140	14	19	42	1	1
Sucre	249	25	28	79	10	9	0	0	0	0	0	0	23	1	1	88	7	6	6	0	0
Tolima	416	42	49	219	27	23	4	0	0	1	0	1	20	3	3	67	10	3	12	0	0
Valle del Cauca	669	68	81	247	30	23	13	1	0	4	1	0	43	2	7	178	22	15	2	2	0
Vaupés	6	0	1	15	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0
Vichada	9	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	0	0	0
Total nacional	16,819	1,702	1,880	5,049	573	515	98	19	35	79	7	3	964	81	100	4,755	436	549	1,125	98	235

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 40

Decremento
Incremento

	Intoxicaciones por sustancias psicoactivas			IRAG inusitado			Lesiones de Causa Externa			Malaria			Meningitis bacteriana		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos probables y los criterios del evento			Casos sospechosos			Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	5	1	0	2	0	0	0	0	0	2521	202	213	5	2	1
Antioquia	800	89	84	75	8	9	246	11	23	9384	756	604	204	29	28
Arauca	6	1	3	57	7	10	1	1	1	589	6	24	12	2	2
Atlántico	130	10	20	6	1	0	1	2	1	0	0	0	15	5	5
Barranquilla D.E.	238	15	24	19	2	2	4	3	4	0	0	0	30	9	4
Bogotá D.C.	1868	174	203	10	2	0	248	4	17	0	0	0	237	46	52
Bolívar	90	23	6	4	1	0	0	1	0	1420	86	112	15	5	4
Boyacá	61	10	6	7	0	2	1	1	1	900	0	25	33	6	5
Buenaventura D.E.	2	1	0	1	0	0	3	1	3	1674	159	117	4	0	0
Caldas	76	12	6	44	5	5	10	23	10	20	2	0	18	2	1
Santiago de Cali D.E.	193	42	23	41	3	1	102	5	12	3	1	0	78	12	21
Caquetá	16	3	0	6	1	0	8	2	8	352	11	17	9	0	0
Cartagena de Indias D.T.	21	24	4	0	0	0	3	4	3	5	0	0	17	5	5
Casanare	25	4	1	4	0	1	0	1	0	5	5	1	5	2	1
Cauca	46	8	5	8	0	1	4	3	4	1878	261	70	30	3	7
Cesar	63	9	3	23	5	0	1	2	1	14	2	1	28	3	10
Chocó	4	1	0	50	0	1	1	0	1	17307	2194	1234	16	3	3
Córdoba	290	32	15	13	3	0	2	0	2	4949	819	305	31	5	3
Cundinamarca	236	27	21	17	1	0	8	4	8	0	0	0	70	9	15
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1359	416	102	0	0	0
Guaviare	61	2	7	1	0	0	4	0	4	880	97	51	0	0	0
Huila	87	17	7	8	2	0	8	1	8	0	0	0	20	5	3
La Guajira	19	2	3	10	1	0	0	0	0	34	2	3	13	2	3
Magdalena	22	2	6	11	2	2	0	0	0	3	1	0	8	2	3
Meta	116	17	8	13	1	1	17	8	17	773	33	52	13	4	2
Nariño	182	22	24	13	1	1	9	7	9	7924	879	362	61	9	11
Norte de Santander	100	13	13	27	1	0	11	10	11	489	150	43	60	10	12
Putumayo	19	4	3	4	1	0	6	2	6	69	4	3	7	2	1
Quindío	108	22	10	4	0	0	9	3	9	4	2	0	11	2	2
Risaralda	124	15	4	1	0	0	5	1	5	2504	297	200	27	6	6
Archipiélago de San Andrés y Providencia	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	43	6	4	23	2	13	2	1	2	0	0	0	12	2	4
Santander	82	12	10	15	2	1	2	0	2	9	1	0	86	8	14
Sucre	13	5	1	3	0	0	0	0	0	86	5	9	12	2	3
Tolima	78	8	4	25	3	1	10	5	10	0	0	0	24	4	2
Valle del Cauca	634	36	61	41	3	2	8	9	8	62	10	2	52	8	7
Vaupés	3	0	1	3	0	1	0	0	0	3781	232	162	15	1	3
Vichada	4	1	0	0	0	0	0	0	0	1463	173	96	3	0	0
Total nacional	5,869	673	590	589	51	54	734	37	65	60,464	6,844	3,809	1,281	215	243

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 40

Decremento
Incremento

	Morbilidad Materna Externa			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	75	47	75	5281	549	553	152	16	14	0	0	0	3951	391	205	15	14	15
Antioquia	2702	2440	2702	770180	77189	65141	37718	2477	2668	4352	763	664	294068	35883	28353	504	703	504
Arauca	104	117	104	22481	2317	2459	3167	125	348	84	3	18	6511	680	479	26	52	26
Atlántico	879	800	879	136619	12205	17204	3033	294	396	1827	236	468	60090	3610	6321	98	200	98
Barranquilla D.E.	916	1268	916	198308	18445	24933	11656	451	1613	1661	263	328	73132	5486	6296	139	244	139
Bogotá D.C.	4451	3832	4451	1498618	129902	138784	70588	4565	5378	7933	1271	1597	594053	63458	59722	516	686	516
Bolívar	740	727	740	115063	11973	13237	2328	266	302	399	113	104	25454	2501	2642	119	184	119
Boyacá	520	446	520	121303	12556	13472	6815	454	607	428	69	96	40600	4117	4125	87	114	87
Buenaventura D.E.	82	98	82	5677	1151	613	100	7	7	10	2	1	2287	330	194	53	67	53
Caldas	456	443	456	74738	7741	7088	2994	253	220	1079	125	166	22817	3174	2093	62	77	62
Santiago de Cali D.E.	1591	1160	1591	213888	20838	19019	8248	477	423	519	50	68	82407	13287	8058	202	243	202
Caquetá	202	157	202	28381	2988	3172	1767	138	208	33	10	8	11379	1596	1195	38	53	38
Cartagena de Indias D.T.	946	778	946	176999	18599	21642	10506	393	984	1434	201	318	44789	4211	5635	121	209	121
Casanare	302	247	302	24221	2783	2203	488	64	63	42	15	16	8765	1018	700	49	65	49
Cauca	865	741	865	96746	9608	8734	3263	119	287	530	78	89	34434	5220	3602	139	210	139
Cesar	865	590	865	116413	10683	13207	6012	631	660	429	170	134	23616	2375	2312	155	227	155
Chocó	211	202	211	44221	1846	3814	1735	144	58	34	3	4	13109	986	1698	81	157	81
Córdoba	790	771	790	181578	14707	18278	8166	571	1030	1330	276	297	47539	3922	3954	190	333	190
Cundinamarca	1706	1341	1706	341120	26853	32681	12456	772	1072	1374	260	221	127009	13367	13269	274	333	274
Guainía	18	16	18	2354	201	226	112	28	8	1	0	0	1334	130	118	10	15	10
Guaviare	1113	966	1113	5968	563	608	304	35	52	42	13	7	2663	275	261	11	11	11
Huila	670	639	670	94711	9587	7631	4848	291	368	630	75	130	35350	5168	3262	100	144	100
La Guajira	1113	966	1113	196738	14704	24826	2532	601	380	209	66	37	34387	4789	3620	201	330	201
Magdalena	588	501	588	106463	8988	12439	3219	248	268	78	7	2	28648	2894	2743	96	154	96
Meta	441	258	441	75804	6609	7409	3043	167	234	230	86	54	38299	4168	3197	126	143	126
Nariño	1359	831	1359	121090	13277	11028	6973	369	603	163	28	42	39944	7422	4115	146	166	146
Norte de Santander	629	457	629	142325	12690	12295	8144	705	829	689	99	121	45555	5920	4470	115	195	115
Putumayo	334	247	334	29714	2328	2842	1182	109	107	31	6	7	9860	1191	990	31	50	31
Quindío	133	92	133	48181	5570	4370	2477	206	220	358	57	60	22070	2951	2284	34	52	34
Risaralda	433	448	433	99765	8940	9509	4781	249	363	435	44	126	28422	3793	3675	58	89	58
Archipiélago de San Andrés y Providencia	15	12	15	6389	667	515	825	85	71	1	0	0	2305	275	211	9	11	9
Santa Marta D.T.	388	386	388	63856	3138	8341	2908	197	337	736	173	139	16455	1389	1641	41	82	41
Santander	800	585	800	221804	16051	26210	14552	1133	1541	1880	378	377	72191	6680	6871	120	195	120
Sucre	432	431	432	78292	9135	8911	7524	692	981	1357	257	321	18135	2838	1569	79	153	79
Tolima	666	641	666	128250	10187	10854	8746	361	573	366	57	52	50144	5068	4808	82	135	82
Valle del Cauca	776	650	776	132442	11669	12121	3206	254	274	697	80	115	53805	6466	5413	133	168	133
Vaupés	57	19	57	6482	405	783	73	14	10	5	1	0	2073	105	257	9	12	9
Vichada	55	44	55	3241	392	368	20	6	5	1	0	0	1434	143	155	28	31	28
Total nacional	27,344	23,451	27,344	5,735,704	518,034	567,520	266,661	17,967	23,562	31,407	5,335	6,187	2,019,084	224,370	200,513	4,297	6,307	4,297

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 40

Decremento
Incremento

	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos probables			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	1	0	0	1	1	0	4	0	0	38	9	0	24	5	4
Antioquia	8	10	0	546	60	35	23	5	1	1659	29	70	2085	217	225	666	118	48
Arauca	1	1	0	18	2	1	5	1	0	26	2	4	111	18	4	78	6	5
Atlántico	7	3	0	57	5	3	0	1	0	27	1	3	791	90	101	107	7	3
Barranquilla D.E.	2	2	0	141	9	5	0	1	0	45	3	13	796	77	87	215	21	14
Bogotá D.C.	12	11	0	1219	119	120	615	5	22	2335	50	124	4120	386	389	2494	329	269
Bolívar	3	3	0	35	4	1	1	1	0	30	4	5	469	55	25	45	2	3
Boyacá	4	2	0	152	17	8	20	1	1	49	4	2	725	64	72	312	21	23
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	24	2	0	7	0	0
Caldas	2	2	0	57	7	5	1	1	0	41	1	4	358	33	23	49	3	1
Santiago de Cali D.E.	2	3	0	124	22	12	0	2	0	34	2	1	878	92	68	428	40	33
Caquetá	0	1	0	30	4	5	0	0	0	4	2	0	208	14	14	20	1	4
Cartagena de Indias D.T.	3	2	0	56	6	9	2	1	1	42	2	4	451	69	51	17	0	2
Casanare	2	1	1	23	2	2	9	0	0	1	1	0	192	23	45	20	5	2
Cauca	4	3	0	64	11	4	1	1	0	22	2	0	419	30	20	239	13	12
Cesar	4	3	0	54	5	3	0	2	0	23	3	4	382	28	106	31	2	2
Chocó	0	1	0	9	0	0	3	1	0	143	3	6	47	7	3	16	1	0
Córdoba	4	4	0	130	15	4	2	2	0	40	1	3	911	150	105	114	11	3
Cundinamarca	6	6	0	340	34	31	205	2	6	494	12	26	2068	170	188	430	48	30
Guainía	1	0	0	4	0	0	1	1	0	1	0	0	80	1	9	2	0	2
Guaviare	0	0	0	12	1	1	3	1	0	5	0	1	78	6	10	4	0	0
Huila	3	2	0	135	15	12	4	1	1	70	5	3	516	41	42	80	2	6
La Guajira	2	3	0	27	2	0	0	2	0	17	1	1	387	31	46	37	3	1
Magdalena	0	2	0	35	2	2	0	1	0	25	1	4	319	32	34	17	1	0
Meta	5	2	0	75	6	7	11	1	0	149	3	17	553	63	49	90	11	8
Nariño	6	3	0	133	15	19	4	1	1	83	6	3	568	54	87	74	5	5
Norte de Santander	7	3	0	161	16	6	3	2	1	54	6	2	915	94	141	84	8	2
Putumayo	1	1	0	25	5	2	1	1	0	19	1	1	183	18	9	99	7	10
Quindío	2	1	0	30	5	1	2	1	0	21	1	2	245	35	23	78	8	5
Risaralda	7	1	0	48	6	5	0	1	0	70	1	11	555	46	37	35	2	3
Archipielago de San Andrés y Providencia	0	0	0	14	0	0	0	1	0	1	0	0	25	9	1	0	0	0
Santa Marta D.T.	2	1	0	12	1	1	0	1	0	7	1	1	183	13	18	37	6	0
Santander	3	4	1	92	10	8	0	2	0	74	9	7	640	76	80	269	29	25
Sucre	4	2	0	60	5	1	2	1	0	58	13	4	613	73	125	133	5	2
Tolima	6	2	0	64	5	7	7	1	0	34	3	4	762	74	45	77	4	6
Valle del Cauca	2	3	0	122	12	6	2	1	0	21	6	1	1024	89	96	195	6	8
Vaupés	0	0	0	1	0	0	3	1	0	17	0	6	10	1	1	9	0	0
Vichada	1	0	0	2	0	0	1	1	0	13	1	1	18	2	1	9	1	1
Total nacional	116	88	2	4,109	421	326	932	49	34	5,759	172	338	22,747	2,083	2,380	6,641	731	542

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 40

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Hepatitis B, C y B-D		Intento de Suicidio	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexa epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos descartados		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	44	56	0	0	0	0	16	18	58	65
Antioquia	0	0	0	0	1420	2167	1	0	0	3	381	539	4153	4264
Arauca	2	0	0	0	228	142	0	0	0	0	16	51	136	173
Atlántico	0	0	0	0	315	275	0	0	0	0	56	78	689	763
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	170	259	0	0	0	1	87	79	693	778
Bogotá D.C.	0	0	0	0	2386	2077	3	1	0	1	518	804	3865	4324
Bolívar	0	0	0	0	333	492	0	0	0	0	26	28	421	454
Boyacá	1	0	0	0	370	407	0	0	0	0	24	41	786	867
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	102	136	0	0	0	0	8	10	71	66
Caldas	0	0	0	0	134	153	0	0	0	2	48	53	928	807
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	356	478	1	0	1	0	167	191	1255	1574
Caquetá	0	0	0	0	149	107	0	0	0	0	21	20	194	174
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	211	421	0	0	0	0	36	49	420	466
Casanare	4	2	0	0	245	202	0	0	0	0	22	63	227	272
Cauca	0	0	0	0	241	238	0	0	0	0	53	69	661	664
Cesar	4	7	0	0	552	748	1	0	0	0	45	67	457	481
Chocó	0	0	0	0	578	660	0	1	0	0	30	38	81	126
Córdoba	1	0	0	0	435	405	0	0	0	0	65	95	788	854
Cundinamarca	0	0	0	0	937	910	0	0	0	0	115	150	1702	2075
Guainía	0	0	0	0	45	36	0	0	0	0	2	1	22	25
Guaviare	0	0	0	0	84	56	0	0	0	0	33	44	47	52
Huila	0	0	0	0	333	372	0	1	0	5	40	67	657	567
La Guajira	0	0	0	0	1514	1339	2	0	0	0	24	57	218	295
Magdalena	0	0	0	0	441	654	0	0	0	1	26	16	275	317
Meta	0	0	0	0	319	305	0	0	0	0	27	49	565	537
Nariño	0	1	0	0	516	543	0	0	0	0	64	72	1081	1251
Norte de Santander	2	0	0	0	528	575	3	0	0	0	134	218	827	932
Putumayo	0	0	0	0	147	151	0	0	0	0	45	47	245	234
Quindío	0	0	0	0	75	65	0	0	0	0	56	42	416	386
Risaralda	0	0	0	0	282	373	0	0	0	0	65	117	920	1054
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	8	3	0	0	0	0	1	0	19	25
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	79	141	0	0	0	0	25	30	216	280
Santander	2	1	0	0	349	391	1	0	0	0	78	144	1196	1388
Sucre	0	0	0	0	179	318	0	2	0	0	24	25	378	384
Tolima	0	0	0	0	281	270	0	0	0	0	46	88	942	901
Valle del Cauca	0	0	0	0	333	497	1	0	0	0	58	104	1023	1132
Vaupés	0	0	0	0	59	22	0	0	0	0	9	19	50	82
Vichada	0	0	0	0	229	172	0	0	0	0	8	11	21	22
Total nacional	16	11	2	0	15,007	16,616			2	13	2,502	3,594	26,702	29,111

43

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 40

Decremento
Incremento

	Leishmaniasis		Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	10	11	0	0	1	0	2	0	3	2	1	0	1	0
Antioquia	847	909	11	0	20	12	6	3	24	36	11	8	107	229
Arauca	13	16	0	0	2	0	2	0	3	2	1	1	5	5
Atlántico	1	3	1	0	8	5	1	0	9	3	6	3	24	28
Barranquilla D.E.	0	0	3	5	6	4	1	1	5	3	2	0	20	31
Bogotá D.C.	0	0	1	1	22	13	1	0	41	17	0	0	122	570
Bolívar	288	360	2	2	8	5	2	0	10	5	8	2	19	2
Boyacá	95	202	0	0	4	2	1	3	4	6	0	1	20	33
Buenaventura D.E.	14	13	2	0	3	1	0	2	4	3	2	1	5	2
Caldas	225	152	1	1	3	0	0	1	3	1	0	0	16	2
Santiago de Cali D.E.	1	3	2	2	6	4	1	1	7	9	2	0	35	45
Caquetá	168	200	3	3	2	1	0	0	6	5	2	1	7	1
Cartagena de Indias D.T.	1	0	4	6	7	1	0	1	7	7	2	1	16	15
Casanare	6	5	0	0	2	4	1	0	2	0	2	1	7	8
Cauca	41	50	0	0	6	1	4	5	9	9	1	3	25	9
Cesar	57	347	1	0	10	12	5	3	9	5	18	10	23	19
Chocó	175	161	1	0	12	6	27	13	26	31	32	32	9	7
Córdoba	159	144	2	0	12	4	1	4	14	9	5	9	31	25
Cundinamarca	163	134	1	4	11	7	0	3	9	16	3	0	54	62
Guainía	13	21	0	0	0	3	1	1	3	2	1	2	2	0
Guaviare	377	118	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	2	1
Huila	8	7	1	2	5	2	0	0	5	3	3	1	19	13
La Guajira	17	21	0	0	19	15	20	11	33	17	40	27	16	0
Magdalena	6	8	1	0	9	4	2	1	9	8	12	8	15	3
Meta	174	98	0	0	7	2	1	1	9	5	6	2	18	10
Nariño	190	147	1	0	9	6	2	1	8	10	5	2	26	10
Norte de Santander	164	160	1	0	6	7	2	2	5	3	4	0	26	20
Putumayo	171	183	0	0	2	1	1	1	3	2	1	0	6	11
Quindío	0	0	1	1	2	1	0	1	2	0	0	0	9	5
Risaralda	92	82	4	3	3	2	7	8	7	7	7	6	15	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Santa Marta D.T.	8	14	0	0	6	2	2	0	4	3	0	2	9	9
Santander	416	648	3	2	8	6	1	0	6	2	1	0	37	26
Sucre	82	55	3	0	5	1	0	0	6	7	2	1	16	35
Tolima	252	169	5	4	6	2	2	0	8	4	1	1	21	8
Valle del Cauca	15	11	3	4	5	2	2	1	9	7	5	1	32	44
Vaupés	33	29	0	0	0	0	2	3	3	1	1	2	2	0
Vichada	36	16	0	0	3	1	3	0	3	5	8	8	2	0
Total nacional	4,318	4,497	68	40	233	139	107	72	310	256	174	136	821	1,290

Nota: para el evento de leptospirosis, en entidades territoriales con menos de 30 casos, se utiliza la distribución de Poisson (solo semana), mientras que en aquellas con 30 o más casos se aplica la metodología MMWR (con período móvil), comparando el comportamiento observado con el histórico de 2019 a 2024 para la semana analizada (excluyendo 2020)

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Semana epidemiológica
28 de septiembre al 4 de octubre de 2025

40

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 40

Decremento
Incremento

	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		VIH		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	3	4	14	21	0	0	47	56	2	0	12	24	457	547
Antioquia	132	89	916	1027	0	0	2715	3773	84	119	2034	2298	17690	17153
Arauca	33	13	134	121	0	0	107	114	2	0	61	75	883	1054
Atlántico	39	23	272	283	0	2	335	439	14	23	315	368	1893	2131
Barranquilla D.E.	61	13	328	267	0	0	607	736	16	29	586	584	1954	2255
Bogotá D.C.	132	54	734	717	0	0	1075	1150	29	20	2877	2753	23498	26818
Bolívar	35	20	237	236	1	2	129	174	4	1	153	162	1836	2009
Boyacá	18	18	77	66	0	0	115	169	2	3	125	167	3114	3609
Buenaventura D.E.	19	13	104	81	0	0	131	172	6	3	73	93	304	239
Caldas	15	18	107	134	0	0	242	245	4	0	228	240	2395	2575
Santiago de Cali D.E.	27	15	359	410	0	1	1111	1208	34	48	938	1069	6207	5773
Caquetá	7	10	68	72	0	0	182	257	4	6	71	76	844	902
Cartagena de Indias D.T.	58	36	261	295	0	2	305	386	4	5	403	413	1130	1284
Casanare	32	32	103	129	0	1	115	160	3	8	101	120	692	753
Cauca	16	17	155	144	0	2	210	229	2	3	201	247	2669	2662
Cesar	31	20	262	208	0	0	302	385	2	9	260	310	1615	1738
Chocó	40	24	175	182	0	0	152	224	2	2	57	73	334	386
Córdoba	28	8	256	187	1	0	201	243	3	7	444	473	2838	2650
Cundinamarca	57	51	289	390	0	0	406	488	13	10	585	667	10287	12545
Guainía	6	7	14	15	0	0	13	20	0	0	3	7	162	181
Guaviare	4	2	22	14	0	0	37	33	1	2	25	25	228	291
Huila	14	8	124	120	0	0	289	359	7	9	307	296	4913	4971
La Guajira	53	37	292	298	0	0	383	501	6	6	198	249	1058	1223
Magdalena	29	21	179	194	0	2	121	152	2	3	118	163	1116	1191
Meta	40	35	203	237	0	0	469	706	15	23	227	254	1932	2026
Nariño	14	15	185	172	0	0	136	176	4	4	240	297	3282	4251
Norte de Santander	72	33	393	396	0	1	512	689	12	8	428	457	3090	3390
Putumayo	6	5	72	85	0	1	84	106	3	3	68	81	1039	1269
Quindío	9	6	78	85	0	0	198	264	3	6	226	195	2071	2129
Risaralda	22	22	140	158	0	0	444	573	21	11	413	405	2917	3041
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	4	5	10	0	0	6	16	0	0	10	6	154	214
Santa Marta D.T.	15	16	85	142	0	0	177	264	2	3	182	204	501	649
Santander	54	53	329	399	0	0	669	1198	22	15	496	597	4976	5451
Sucre	17	17	162	152	1	1	76	77	1	0	163	211	1445	1542
Tolima	26	24	139	108	0	1	413	606	11	12	265	402	2421	2775
Valle del Cauca	26	32	245	287	0	0	539	679	13	25	481	583	5546	6039
Vaupés	1	0	2	3	0	0	11	18	0	0	3	5	164	363
Vichada	6	10	29	31	0	0	27	29	0	2	11	12	193	188
Total nacional	1,309	825	7813	7876	3	16	13,093	17,074	351	428	13,387	14,661	117,850	128,267



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica 40

28 de septiembre al 4 de octubre del 2025

TEMA CENTRAL Infección Respiratoria Aguda

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Dr. Hernán Quijada Bonilla

Director Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Subdirectora Vigilancia, Control y Prevención

Lina Yessenia Lozano Lesmes

Subdirectora Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co



Boletín epidemiológico semanal

Autores: Tema central: Angélica María Rico Turca, Diana Marcela Forero Ombita. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Mendez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sanchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Natalí Paola Cortés Molano, Ana María García Bedoya. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotos y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Eliana Mendoza, Claudia Marcela Montaña Fuertes. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Hernán Quijada Bonilla. **Correctores de estilo:** Jaime Alberto Guerrero Montilla. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza.

Bogotá, D.C., Colombia, Instituto Nacional de Salud-INS, Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública; publicación en línea/2025.

46# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.40>