

Unidades de análisis

Los tableros de problemas permiten identificar los determinantes sociales de la salud en los territorios para orientar acciones y fortalecer la promoción, la prevención y el acceso a los servicios de salud.

Semana
epidemiológica

06 al 12 de septiembre de 2026

36

Imagen generada por IA ChatGPT



El Boletín Epidemiológico Semanal (BES) es una publicación de tipo informativo que presenta el comportamiento de los principales eventos de interés en salud pública, que son vigilados por el Instituto Nacional de Salud (INS), presentando los casos 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 sujetas 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 el Portal [Sivigila](#).

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



Pág.



Situación nacional

7



Mortalidad

9



Eventos trazadores

17



Brotes y alertas

37



Tablas de mando por departamento

41

TEMA CENTRAL

Unidades de análisis

Paola Andrea Pulido Domínguez, ppulido@ins.gov.co

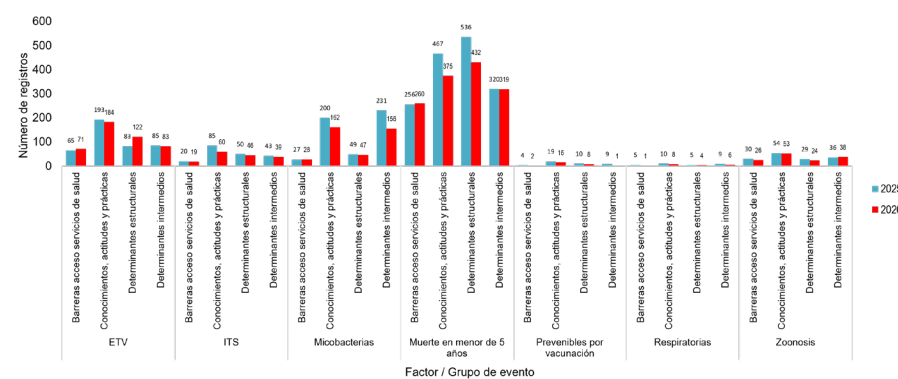
Las unidades de análisis tienen como objetivo clasificar los casos de los eventos priorizados captados a través del sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila) e identificar las características individuales y problemas de los servicios de salud relacionados con la presencia del evento, por medio del tablero de problemas. El uso de esta metodología está circunscrito a un grupo o subgrupo de eventos de interés en salud pública (1).

Los tableros de problemas constan de dos categorías, 10 factores y 62 características y situaciones problema. La primera categoría corresponde a las características del individuo (4 factores y 32 características) y, la segunda categoría, corresponde a las situaciones problema de los servicios de salud (6 factores y 30 características).

Las causas de un evento de interés en salud pública no se limitan únicamente a la identificación del agente etiológico; también están relacionadas con los determinantes sociales de la salud (condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales que influyen en la salud de las poblaciones) porque las desigualdades existentes impactan directamente en la morbilidad y la mortalidad.

En los tableros de problemas de los eventos de interés en salud pública de las enfermedades transmisibles según el manual de unidades de análisis del INS, en la categoría del individuo al comparar el primer semestre de 2025 con el primer semestre de 2026 (datos preliminares), se presentó una disminución en el registro de características del individuo del 11,6 % (figura 1).

Figura 1. Categoría individuo, tablero de problemas, Colombia, I semestre 2025 y 2026*

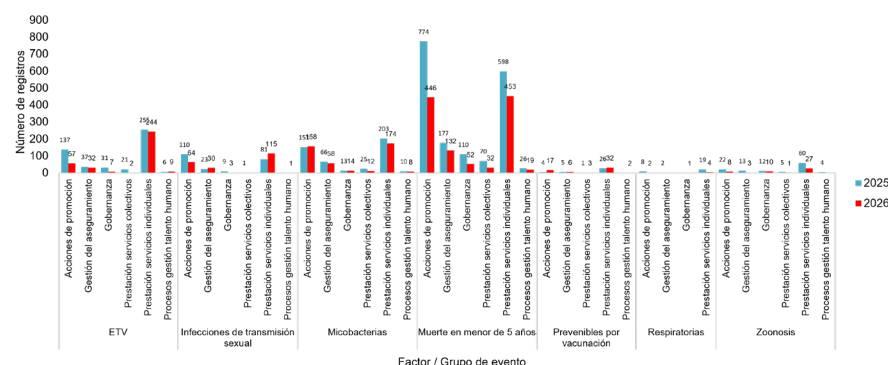


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Grupo Unidad de Análisis de Casos Especiales, 2025-2026

*p: datos preliminares.

En la categoría de servicios de salud, en el primer semestre de 2026 en comparación con el mismo periodo del año anterior, se presentó una disminución en el registro de problemas relacionados con los servicios de salud del 28,2 % (figura 2).

Figura 2. Categoría servicios de salud, tablero de problemas, Colombia, I semestre 2025 y 2026*



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Grupo Unidad de Análisis de Casos Especiales, 2025-2026
*p: datos preliminares

Por grupos de eventos de enfermedades transmisibles, en los tableros de problemas, las muertes en menores de cinco años presentaron el mayor número de características del individuo y problemas relacionados con los servicios de salud seguido del grupo de micobacterias y enfermedades transmitidas por vectores.

En la vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años, las entidades territoriales con mayor registro de características del individuo y problemas en los servicios de salud fueron Chocó y La Guajira en ambos años.

En el grupo de enfermedades por micobacterias, se presentó un mayor registro en el primer semestre de 2025 en Bogotá, D.C., Barranquilla, Valle del Cauca, Santiago de Cali, Meta, y en el primer semestre de 2026 en Sucre y Caldas. En Valle del Cauca fue más alta la proporción de problemas relacionados con los servicios de salud.

En el grupo de enfermedades transmitidas por vectores (ETV) el mayor registro se evidenció en el primer semestre de 2025 en Guaviare, Tolima, Putumayo, Meta, y en el primer semestre de 2026 en Tolima y La Guajira. En Guaviare y Meta se identificó la mayor proporción en la categoría servicios de salud.

En el grupo de infecciones de transmisión sexual (ITS), durante el primer semestre de 2025 se reportaron más registros en Magdalena, Meta y Cartagena de Indias, mientras que en el primer semestre de 2026 el mayor registro se presentó en Antioquia y Nariño. En Nariño la proporción más alta correspondió a las características del individuo.

En el grupo de zoonosis, Antioquia presentó en ambos años el mayor registro de características del individuo y problemas en los servicios de salud con una mayor proporción de las situaciones problema relacionadas con la atención en salud.

En el grupo de enfermedades prevenibles por vacunación, el mayor registro se presentó en Valle del Cauca, La Guajira y Chocó en el primer semestre de 2025, y en el primer semestre de 2026 en Antioquia, Cartagena de Indias, Atlántico y Cundinamarca. En La Guajira y Chocó se identificó una mayor proporción de características del individuo.

Indicadores unidad de análisis, Colombia, a trimestre II 2025 y 2026

En el cumplimiento en la realización y cargue de unidades de análisis, las entidades territoriales con 100 % al segundo trimestre de 2026, porcentaje superior a lo reportado al segundo trimestre de 2025 fueron Boyacá, Caldas, Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Santa Marta y Valle del Cauca (tabla 1).

Tabla 1. Indicador de cumplimiento en la realización y cargue de unidades de análisis, Colombia, a trimestre II 2025 y 2026p*

Entidad territorial	Cumplimiento cargue unidades de análisis		
	2025	2026p*	Variación
Amazonas	92,30	51,85	
Antioquia	92,80	85,71	
Arauca	100,00	97,06	
Atlántico	40,50	38,71	
Barranquilla	100,00	100,00	
Bogotá, D.C.	93,50	96,77	
Bolívar	55,80	65,22	
Boyacá	95,80	100,00	
Buenaventura	18,50	11,11	
Caldas	95,70	100	
Caquetá	52,20	91,18	
Cartagena de Indias	91,90	93,33	
Casanare	100,00	100,00	
Cauca	87,50	60,71	
Cesar	90,20	91,30	
Chocó	91,50	83,33	
Córdoba	78,10	98,18	
Cundinamarca	92,10	97,87	
Guainía	91,70	78,57	
Guaviare	100,00	85,71	
Huila	88,70	97,44	
La Guajira	63,20	68,57	
Magdalena	65,70	100,00	
Meta	86,20	98,48	
Nariño	93,90	100,00	
Norte Santander	87,50	100,00	
Putumayo	96,20	100,00	
Quindío	90,60	90,32	
Risaralda	93,20	96,55	
San Andrés y providencia	100,00	40,00	
Santa Marta	41,20	100,00	
Santander	80,40	88,00	
Sucre	75,00	70,00	
Tolima	91,10	92,68	
Valle del Cauca	95,40	100,00	
Vaupés	77,80	90,00	
Vichada	73,30	33,33	
Santiago de Cali	89,80	94,59	

Convenciones	
	Menor a 60.00 %
	60.00 a 79.99 %
	80.00 a 99.99 %
	100.00 %

Las entidades territoriales con 95,0 a 100,0 %, al segundo trimestre de 2026, para el indicador de oportunidad en la realización de la unidad de análisis, porcentaje superior a lo reportado al segundo trimestre de 2025 fueron Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Valle del Cauca. Para el indicador de oportunidad en el cierre de la unidad de análisis, en este mismo rango estuvieron Barranquilla, Boyacá, Nariño, Putumayo, Valle del Cauca y para el indicador de correspondencia de casos confirmados por medio de unidad de análisis y casos con tablero de problemas fueron Arauca, La Guajira, Quindío y Santa Marta (tabla 2).

Se realizó un análisis comparativo del primer semestre de 2025 y de 2026 de cada subcategoría del instrumento de la evaluación de calidad de las unidades de análisis que se aplica a los casos que hacen parte de la muestra para calcular el promedio de la medición de calidad de los casos revisados; en este análisis se excluyó la información de mortalidad perinatal y neonatal tardía porque a partir de este año 2026 deben realizarse las unidades de análisis en Sivigila 4.0.

En la subcategoría convocatoria, mejoró la calidad de la información en las unidades de análisis de las entidades territoriales de Córdoba, Norte de Santander, Quindío, Tolima y Antioquia.

En la subcategoría revisión del caso, se optimizó la calidad de la información en las unidades de análisis de las entidades territoriales de Boyacá, Guainía, Putumayo, Quindío, Antioquia, Amazonas, Cundinamarca y Cesar.

En la subcategoría otros determinantes en salud, mejoró la calidad de la información en las unidades de análisis de las entidades territoriales de Boyacá, Caldas, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Meta, Nariño, Putumayo, Quindío y Santander.

En la subcategoría conclusión, se optimizó la calidad de la información en las unidades de análisis de las entidades territoriales de Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Boyacá, Cesar, Chocó, Guainía, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Tolima y Vichada.

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Grupo Unidad de Análisis de Casos Especiales, 2025-2026
*p: datos preliminares

Tabla 2. Indicadores de oportunidad en la realización y cierre de la unidad de análisis e indicador de correspondencia de tableros de problemas por entidad territorial, Colombia, a trimestre II 2025 y 2026p*

Entidad territorial	Oportunidad realización unidad de análisis			Oportunidad cargue-cierre unidad de análisis			Correspondencia tablero de problemas		
	2025	2026p*	Variación	2025	2026p*	Variación	2025	2026p*	Variación
Amazonas	57,10	12,00		28,60	8,00		100	88,89	
Antioquia	64,90	56,19		39,60	46,67		95,50	92,86	
Arauca	90,90	92,59		87,90	92,59		93,30	100	
Atlántico	14,30	19,35		5,70	9,68		100	83,33	
Barranquilla	97,90	96,30		93,80	96,30		100	100	
Bogotá, D.C.	70,80	94,12		41,10	84,31		100	100	
Bolívar	41,50	47,83		12,20	45,65		100	100	
Boyacá	95,80	95,65		91,70	95,65		100	100	
Buenaventura	7,40	11,11		0,00	0,00		100		
Caldas	80,00	90,91		75,60	87,88		100	100	
Caquetá	18,20	64,71		9,10	64,71		100	100	
Cartagena de Indias	83,80	88,46		64,90	88,46		96,60	100	
Casanare	100	100		95,80	100		100	100	
Cauca	59,10	44,44		36,40	40,74		100	100	
Cesar	56,10	86,05		48,80	81,40		100	100	
Chocó	59,10	51,16		43,20	46,51		100	100	
Córdoba	40,30	79,25		29,00	79,25		100	100	
Cundinamarca	72,20	77,50		54,50	75,00		100	100	
Guainía	81,80	64,29		27,30	50,00		100	100	
Guaviare	66,70	85,71		66,70	85,71		100	100	
Huila	77,60	83,78		51,00	86,49		96,40	100	
La Guajira	10,30	49,28		8,80	47,83		93,90	100	
Magdalena	8,80	67,74		8,80	70,97		100	100	
Meta	61,20	90,32		57,60	85,48		100	100	
Nariño	92,10	100		86,80	100		100	100	
Norte Santander	81,60	95,24		60,50	92,86		100	100	
Putumayo	91,70	100		91,70	100		100	100	
Quindío	34,60	76,00		15,40	84,00		94,40	100	
Risaralda	85,40	86,27		79,20	86,27		97,10	100	
San Andrés y Providencia	60,00	20,00		0,00	20,00		60,00		
Santa Marta	23,50	69,57		5,90	73,91		85,70	100	
Santander	50,90	48,57		30,90	42,86		96,30	100	
Sucre	43,20	35,71		22,70	28,57		100	100	
Tolima	58,20	79,17		31,60	69,44		100	100	
Valle del Cauca	89,80	100		74,60	100		100	100	
Vaupés	22,20	60,00		22,20	60,00		100	100	
Vichada	40,00	20,00		13,30	20,00		100	100	
Santiago de Cali	80,00	91,67		70,90	86,11		100	95,65	

Convenciones	
Menor a 60.00 %	
60.00 a 79.99 %	
80.00 a 99.99 %	
100.00 %	

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Grupo Unidad de Análisis de Casos Especiales, 2025-2026
*p: datos preliminares.

Nota: Las celdas en blanco corresponden a entidades territoriales sin unidades de análisis para calcular el indicador.

Conclusiones

- En el análisis del tablero de problemas por grupo de eventos de interés en salud pública, las muertes en menores de cinco años presentan el mayor número de características del individuo y problemas relacionados con los servicios de salud seguido del grupo de micobacterias y enfermedades transmitidas por vectores.
- Se presentó una disminución general de las características del individuo y problemas en los servicios de salud en el primer semestre de este año en comparación con el año anterior al mismo periodo.
- Al realizar el análisis comparativo de la evaluación de calidad de las unidades de análisis por subcategoría en los casos evaluados en la muestra para calcular el promedio de la medición de calidad de los casos, se identificó que Antioquía y Quindío mejoraron la calidad de la información en la convocatoria, en la revisión del caso y en la conclusión de las unidades de análisis

Recomendaciones

- En todos los niveles se deben socializar los tableros de problemas de los grupos de eventos de interés en salud pública con el fin de priorizar los problemas que requieren mayor atención para el fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención.
- Se recomienda a las entidades territoriales realizar asistencia técnica a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con el fin de garantizar que el personal de salud se encuentre actualizado y capacitado en los protocolos nacionales de los eventos de interés en salud pública priorizados para realización de unidad de análisis y tableros de problemas.

Referencias

- Instituto Nacional de Salud. Manual para la realización de unidades de análisis de eventos de interés en salud pública priorizados [Internet]. Colombia; 2026 [citado 17 de septiembre de 2026]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/manual-unidad-de-analisis-2026.pdf>

SITUACIÓN NACIONAL

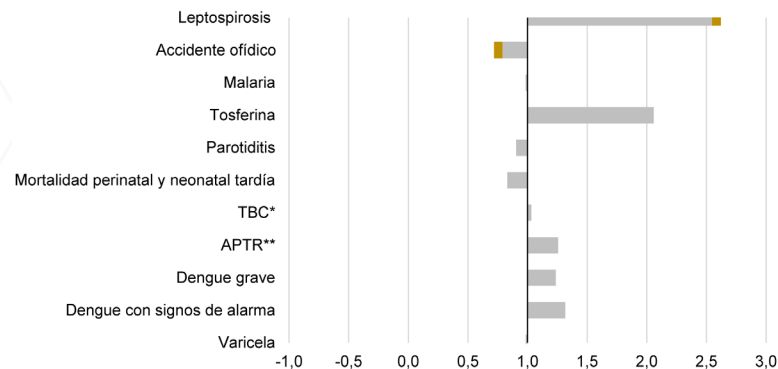
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 de los eventos de dengue grave y dengue con signos de alarma, se excluye el año 2024, dado que corresponde a un periodo epidémico que podría sesgar los resultados.

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

Para la semana epidemiológica 36 de 2026, el evento leptospirosis se encontró por encima de lo esperado y el evento accidente ofídico se encontró por debajo de lo esperado, mientras los demás eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 3).

Figura 3. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 36 del 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

*TBC: tuberculosis

**APTR: agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

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 (2023 a 2025), lo cual permite identificar variaciones significativas en la notificación de eventos de interés en salud pública.

Para esta semana, el evento violencia de género e intrafamiliar se encontró dentro del comportamiento histórico de la notificación (tabla 3).

Tabla 3. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 36 de 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	134.296	133.327	0,31	0,76

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026.

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 2021 a 2025. 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 36 del 2026, el evento zika se encontró por encima de lo esperado, mientras que el evento leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro de lo esperado (tabla 4).

Tabla 4. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	4	0	0,00
Leishmaniasis cutánea	4	91	0,00
Mortalidad por dengue	5	3	0,09
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,11
Lepra	6	6	0,16
Chikunguña	1	0	0,16
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	1	0,22

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

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.

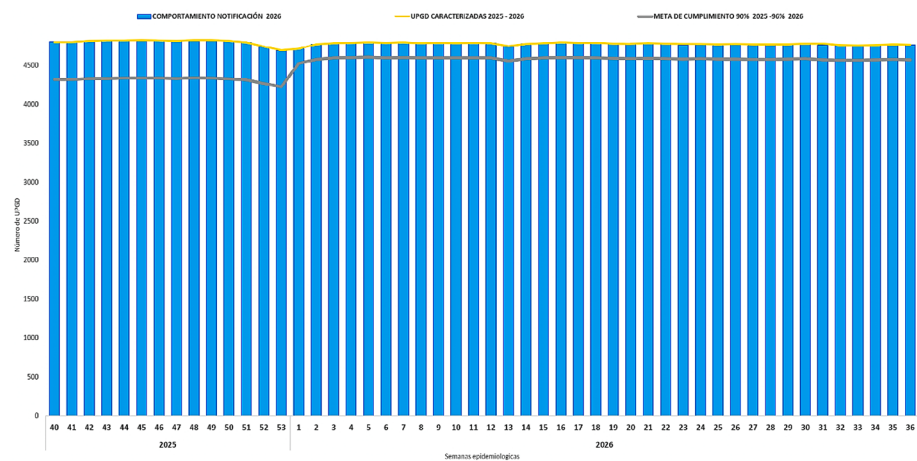
Para esta semana epidemiológica, la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud (INS) correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100,0 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 36 de 2025. 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 100,0 % (1 123 de 1 123 UNM), manteniendo el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 36 de 2025. El país cumplió con la meta establecida para este nivel de información que es como mínimo del 98,0 %.

El cumplimiento de las UPGD esta semana epidemiológica fue del 100,0 % (4 762 / 4 762); observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 36 de 2025. El país cumplió con la meta para la notificación establecida para UPGD.

A continuación, se presenta el comportamiento de la notificación por semana epidemiológica para 2026, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación en este nivel (96,0 %), establecido en 4 572 UPGD en la semana epidemiológica analizada (figura 4).

Figura 4. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 36 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026.



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

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 2019 y 2025; 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 de la población del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas Vitales – DANE. Para el 2026 y 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. <http://url.ins.gov.co/9130q>

A semana epidemiológica 36 del 2026, se han notificado 450 muertes probables en menores de cinco años, ocho (8) casos de infección respiratoria aguda (IRA), cuatro (4) de desnutrición aguda y uno (1) enfermedad diarreica aguda residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

De los 437 casos notificados de residentes en Colombia, 270 fueron por IRA, 92 por desnutrición (DNT) aguda y 75 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 188 fueron confirmados, 83 descartados y 166 se encuentran en estudio (tabla 5).

Tabla 5. 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 36 de 2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 36 2026			Casos en estudio a SE 36 2026			Tasa a SE 36 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	50	101	37	33	107	26	1,37	2,78	1,02
Amazonas	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Antioquia	4	10	1	4	11	3	0,96	2,39	0,24
Arauca	0	0	1	0	0	0	0,00	0,00	4,30
Atlántico	0	2	0	0	1	0	0,00	1,69	0,00
Barranquilla	1	5	1	0	1	0	1,24	6,18	1,24
Bogotá, D.C.	0	11	0	1	12	1	0,00	2,59	0,00
Bolívar	2	4	0	1	7	1	1,83	3,66	0,00
Boyacá	0	2	0	0	1	0	0,00	2,40	0,00
Buenaventura	0	0	0	2	2	3	0,00	0,00	0,00
Santiago de Cali	0	1	0	1	0	0	0,00	0,89	0,00
Caquetá	0	1	0	0	0	0	0,00	2,54	0,00
Cartagena de Indias	0	2	0	0	3	0	0,00	2,68	0,00
Casanare	0	2	0	0	1	0	0,00	5,20	0,00
Cauca	0	1	1	2	2	1	0,00	0,82	0,82
Cesar	6	6	2	3	4	1	4,47	4,47	1,49
Chocó	13	13	8	6	17	1	20,09	20,09	12,36
Córdoba	1	8	0	0	3	1	0,59	4,73	0,00
Cundinamarca	0	2	0	0	4	0	0,00	0,88	0,00
Huila	0	2	1	0	0	0	0,00	1,89	0,95
La Guajira	13	7	7	7	12	7	11,65	6,27	6,27
Magdalena	1	2	3	2	4	1	1,11	2,23	3,34
Meta	2	5	0	0	3	1	2,35	5,87	0,00
Nariño	0	4	2	0	2	0	0,00	3,20	1,60
Norte de Santander	0	3	0	0	0	0	0,00	2,61	0,00
Putumayo	1	0	1	0	0	1	2,99	0,00	2,99
Quindío	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Risaralda	0	2	2	1	8	0	0,00	3,39	3,39
Santa Marta	1	0	1	0	0	0	2,30	0,00	2,30
Santander	0	2	1	0	0	0	0,00	1,33	0,66
Sucre	0	1	1	0	0	0	0,00	1,15	1,15
Tolima	0	2	1	1	2	1	0,00	2,19	1,09
Valle del Cauca	0	1	0	1	3	2	0,00	0,77	0,00
Vaupés	0	0	2	0	0	0	0,00	0,00	36,46
Vichada	5	0	1	1	2	1	29,43	0,00	5,89

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026 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.

Nota: las entidades territoriales que no registraron casos a SE 36 de 2026, no figuran en la tabla.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 36 del 2026 se han notificado 270 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 57 confirmadas por laboratorio, 44 confirmadas por clínica, 62 descartadas, y 107 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2,78 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 36 fueron 209, para una tasa de mortalidad de 5,67 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 36 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de Arauca, Bolívar, Santiago de Cali, Caquetá, Cauca, Cesar, Chocó, La Guajira, Risaralda y Sucre y, a nivel municipal, en Dabeiba, Valledupar, Riosucio, San Andrés de Tumaco y Pereira. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los agentes etiológicos identificados en los casos confirmados a semana epidemiológica 36 de 2026 son Rhinovirus, *Bordetella pertussis*, y enterovirus entre otros (tabla 6).

Tabla 6. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 36, 2025-2026

Agente etiológico	2025						2026					
	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
Rhinovirus	12	2	7	1	0	22	10	4	2	2	2	20
Bordetella pertussis	10	0	0	0	0	10	14	1	0	0	0	15
Enterovirus	11	1	4	1	0	17	5	3	1	2	2	13
Adenovirus	7	0	2	1	1	11	2	3	1	3	1	10
Streptococcus pneumoniae	5	2	2	1	0	10	4	2	1	1	2	10
Staphylococcus aureus	8	1	1	0	0	10	6	1	1	0	0	8
Haemophilus influenzae B	7	4	0	1	0	12	3	2	0	1	1	7
Virus Sincitial Respiratorio	12	2	3	0	0	17	7	0	0	0	0	7
Metapneumovirus	2	0	0	0	0	2	2	1	2	0	0	5
Moraxella catarrhalis	4	3	1	0	0	8	2	1	0	0	1	4
Pseudomona aeruginosa	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	3
Parainfluenza tipo 1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2
Influenza A	6	0	2	1	0	9	0	0	0	0	1	1
Klebsiella pneumoniae	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 3	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
SARS-CoV2	5	1	0	1	0	7	1	0	0	0	0	1
Escherichia coli	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Influenza B	1	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
Mycoplasma pneumoniae	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Streptococcus pyogenes	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	97	20	23	7	1	148	60	18	9	10	11	108

Fuente: Unidades de análisis, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 - 2026 (datos preliminares).

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 36 de 2026 se han notificado 92 muertes probables por DNT aguda en menores de cinco años residentes en Colombia, 50 confirmadas, nueve (9) descartadas y 33 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,37 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 36 fue de 124, para una tasa de mortalidad de 3,36 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 36 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales de Atlántico, Chocó, Córdoba, Huila, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander y Risaralda, y a nivel municipal en Quibdó, Bagadó, Medio Baudó,

Riohacha, Maicao y Manaure. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 36 de 2026 se han notificado 75 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, 35 confirmadas por clínica, dos (2) confirmadas por laboratorio, 12 descartadas y 26 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,02 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 36 fue de 52 para una tasa de mortalidad de 1,52 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 36 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA aguda notificadas en la entidad territorial de Chocó, La Guajira, Magdalena, Buenaventura y Risaralda, y a nivel municipal, en Bagadó, Bojayá y Uribia. 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 2025 y 2026 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 2022 y 2025 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/10.33610/UFOZ8779>

En la semana epidemiológica 36 de 2026 se notificaron al Sivigila diez (10) casos: cuatro (4) muertes maternas tempranas, cuatro (4) muertes maternas tardías y dos (2) muertes maternas coincidentes. El país acumula 102 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 97 residen en territorio colombiano y cinco (5) residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 7).

Tabla 7. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 36, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	178	108	56	342
2024	140	98	35	273
2025	126	106	38	270
2026p	97	81	38	216

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023-2025, datos preliminares 2026, p: datos preliminares

Se notificaron casos de muertes maternas tempranas en 27 entidades territoriales, con mayor número de casos en Antioquia, Bogotá, D.C., La Guajira, Chocó y Cundinamarca. Al comparar con el promedio histórico 2022-2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas a nivel nacional, como en Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Córdoba, La Guajira, Norte de Santander y Santander; sin diferencias estadísticamente significativas en las demás entidades territoriales (tabla 8).

Al realizar análisis desagregado por municipio, se presentó un caso de muerte materna temprana en Villapinzón (Cundinamarca), Melgar (Tolima) y Rioblanco (Tolima) en el promedio histórico 2022-2025, estos municipios no habían registrado casos para este evento (tabla 9).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 36 de 2026, el 57,7 % corresponde a causas directas y el 29,9 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 20,6 % (tabla 10).

Tabla 8. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 36	Acumulado de casos a SE 36		Razón de MM por 100 000 nacidos vivos a SE 36	
		2025	2026	2025	2026
Colombia	157	126	97	41,9	31,8
Chocó	9	5	6	119,3	155,7
Vichada	2	1	1	111,1	111,9
Caquetá	2	1	3	30,5	95,5
Magdalena	6	4	5	63,0	80,6
La Guajira	14	11	9	94,6	79,2
Quindío	1	1	2	37,9	74,9
Casanare	1	3	2	92,6	64,4
Tolima	4	3	5	38,3	62,4
Risaralda	3	3	3	61,2	58,1
Buenaventura	2	1	1	57,7	57,5
Sucre	3	1	3	15,8	49,6
Cartagena de Indias	4	1	4	12,2	49,0
Nariño	8	6	4	75,2	48,9
Cauca	6	1	4	12,1	47,6
Putumayo	1	0	1	0,0	40,8
Cesar	8	11	4	109,8	40,3
Antioquia	14	13	12	36,4	32,6
Cundinamarca	7	5	6	27,0	31,7
Boyacá	3	2	2	29,4	28,8
Bogotá, D.C.	13	12	11	30,7	27,2
Santa Marta	3	2	1	48,4	23,5
Huila	3	2	2	22,5	22,2
Meta	3	1	1	12,7	12,4
Bolívar	6	5	1	61,2	12,2
Atlántico	6	5	1	60,4	11,5
Valle del Cauca	2	2	1	21,4	10,5
Santiago de Cali	4	4	1	34,4	8,7
Córdoba	6	4	1	34,2	8,6
Arauca	1	0	0	0,0	0,0
Barranquilla	4	4	0	44,1	0,0
Caldas	1	0	0	0,0	0,0
Guainía	1	2	0	386,8	0,0
Norte de Santander	6	7	0	68,6	0,0
Santander	3	3	0	23,1	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 - 2026 PE IX (datos preliminares).

RUAF - ND, nacimientos PE IX 2025 - 2026 datos preliminares. SE: semana epidemiológica

Tabla 9. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 36 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 - 2025 a SE 36	Valor observado SE 36
Colombia	154	93
Villapinzón (Cundinamarca)	0	1*
Melgar (Tolima)	0	1*
Rioblanco (Tolima)	0	1*

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022-2025, datos preliminares 2026.

SE: semana epidemiológica.

*Municipios que en el promedio histórico 2022 - 2025 no presentaron muertes maternas tempranas

Tabla 10. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 36 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 36	Número de casos y proporción a SE 36 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	133	140	100	126	100	97	100
DIRECTA	84	91	65,0	77	61,1	56	57,7
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	28	29	20,7	27	21,4	20	20,6
Hemorragia obstétrica	26	29	20,7	22	17,5	12	12,4
Evento tromboembólico como causa básica	7	7	5,0	7	5,6	8	8,2
Sepsis obstétrica	7	7	5,0	7	5,6	6	6,2
Embarazo ectópico	7	7	5,0	6	4,8	3	3,1
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	5	4	2,9	6	4,8	3	3,1
Embolia de líquido amniótico	2	4	2,9	0	0,0	1	1,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	2,1	2	1,6	1	1,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Otras causas directas	1	1	0,7	0	0,0	0	0,0
INDIRECTA	47	47	33,6	47	37,3	29	29,9
Otras causas indirectas	17	18	12,9	16	12,7	17	17,5
Otras causas indirectas: neumonía	9	5	3,6	13	10,3	5	5,2
Sepsis no obstétrica	8	7	5,0	8	6,3	3	3,1
Otras causas indirectas: cáncer	7	8	5,7	5	4,0	3	3,1
Otras causas indirectas: dengue	2	4	2,9	0	0,0	1	1,0
Otras causas indirectas: malaria	2	0	0,0	3	2,4	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	3	3	2,1	2	1,6	0	0,0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	1	0,7	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	1	1	0,7	0	0,0	0	0,0
Desconocida / indeterminada	1	0	0,0	1	0,8	0	0,0
En estudio	2	2	1,4	1	0,8	12	12,4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 - 2025, datos preliminares 2026.

SE: Semana Epidemiológica.

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 2025 y 2026.

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 2021 y 2025 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=9470cccf_2#:~:text=ICD%2DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%2DPM

A semana epidemiológica 36 del 2026 se han notificado 4 284 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 4 239 corresponden a residentes en Colombia y 45 a residentes en el exterior.

La razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 13,9 casos por cada 1 000 nacidos vivos. El mayor número de casos se notificó en Antioquia, Bogotá, D.C., Cundinamarca, La Guajira y Santiago de Cali. Las razones más altas se observaron en Vichada, Guainía, Chocó, Buenaventura y Amazonas. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 36 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Putumayo (tabla 11).

En el análisis municipal se observaron variaciones de aumento significativas en el comportamiento histórico del evento y por 6 semanas consecutivas o más, en los siguientes municipios: Manaure (La Guajira), Cumaribo (Vichada), Dosquebradas (Risaralda), Tunja (Boyacá), Granada (Meta), La Estrella (Antioquia), Alto Baudó (Chocó), Puerto López (Meta), Guamo (Tolima), El Litoral del San Juan (Chocó), Isnos (Huila), Roberto Payán (Nariño), Peñol (Antioquia), Giraldo (Antioquia), Cicuco (Bolívar), Paipa (Boyacá), Bahía Solano (Chocó), Tolú Viejo (Sucre), Tesalia (Huila), La Tola (Nariño), Suratá (Santander), Paz de Río (Boyacá), Marulanda (Caldas), Jerusalén (Cundinamarca), Salento (Quindío) y Betulia (Santander) (tabla 12).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 42,7 %, seguido de neonatales tempranas con 27,7 %, neonatales tardías con 18,2 %, y las fetales intraparto con 11,4 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,4 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 17,6 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 14,6 % (tabla 13). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 36 del 2026 (datos preliminares) frente a 2025 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 11. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 36 del 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 36	Acumulado de casos a SE 36		Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1000 nacidos vivos	
		2025	2026	2025 a SE 36	2026 a SE 36
Colombia	5 173	3 878	4 239	13,4	13,9
Vichada	26	23	28	26,7	31,3
Guainía	13	11	16	22,1	27,3
Chocó	124	70	103	17,5	26,7
Buenaventura	56	51	40	30,9	23,0
Amazonas	13	13	12	26,5	22,3
Vaupés	10	8	6	23,3	18,1
La Guajira	276	182	202	16,4	17,8
Bolívar	155	111	146	14,2	17,8
Arauca	43	20	38	10,5	17,3
Sucre	129	75	99	12,4	16,4
Cauca	169	113	136	14,2	16,2
Santiago de Cali	206	182	185	16,3	16,1
Cesar	186	148	158	15,3	15,9
Córdoba	266	170	182	15,1	15,7
Quindío	42	32	40	12,5	15,0
Caldas	68	58	58	15,8	14,6
Santa Marta	65	45	62	11,3	14,6
Antioquia	583	462	532	13,5	14,5
Risaralda	73	52	74	11,1	14,3
Barranquilla	190	122	135	14,0	13,9
San Andrés y Providencia	9	9	5	24,7	13,9
Nariño	139	137	113	17,9	13,8
Magdalena	129	99	84	16,2	13,5
Cartagena de Indias	163	107	110	13,6	13,5
Cundinamarca	280	251	254	14,1	13,4
Bogotá, D.C.	547	452	521	12,0	12,9
Huila	124	86	113	10,1	12,6
Valle del Cauca	142	114	119	12,7	12,5
Meta	125	113	97	15,0	12,0
Boyacá	97	77	79	11,8	11,4
Norte de Santander	156	109	118	11,1	11,2
Caquetá	44	30	35	9,5	11,1
Casanare	53	44	33	14,2	10,6
Atlántico	158	90	90	11,3	10,3
Guaviare	11	9	7	13,8	10,0
Putumayo	41	26	23	11,2	9,4
Tolima	107	70	72	9,3	9,0
Santander	156	107	114	8,6	8,8

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021 - 2025, datos preliminares 2026.
SE: Semana Epidemiológica.

Tabla 12. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 36 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 36 2021 - 2025	Valor observado a SE 36 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	5173	4239	-
Manaure (La Guajira)	24	36	19
Cumaribo (Vichada)	16	24	18
Dosquebradas (Risaralda)	15	21	27
Tunja (Boyacá)	12	20	33
Granada (Meta)	8	15	34
La Estrella (Antioquia)	4	10	21
Alto Baudó (Chocó)	4	10	23
Puerto López (Meta)	3	7	10
Guamo (Tolima)	2	7	12
El Litoral del San Juan (Chocó)	2	6	7
Isnos (Huila)	3	6	16
Roberto Payán (Nariño)	2	6	14
Peñol (Antioquia)	2	5	19
Giraldo (Antioquia)	1	5	12
Cicuco (Bolívar)	2	5	12
Paipa (Boyacá)	2	5	19
Bahía Solano (Chocó)	1	5	24
Tolú Viejo (Sucre)	1	5	16
Tesalia (Huila)	0	3	20
La Tola (Nariño)	1	3	14
Suratá (Santander)	1	3	6
Paz de Río (Boyacá)	0	2	11
Marulanda (Caldas)	0	2	21
Jerusalén (Cundinamarca)	0	2	13
Salento (Quindío)	0	2	24
Betulia (Santander)	0	2	11

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021-2025, datos preliminares 2026

Tabla 13. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 36, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 36, 2024 -2026					
	2024 a SE 36	(%)	2025 a SE 36	(%)	2026 a SE 36	(%)
Colombia	4 197	100,0	3 878	100,0	4 239	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1 098	26,2	1 076	27,7	1 078	25,4
Prematuridad-inmadurez	692	16,5	668	17,2	747	17,6
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	629	15,0	599	15,4	617	14,6
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	475	11,3	411	10,6	395	9,3
Infecciones	372	8,9	341	8,8	343	8,1
Malformación congénita	385	9,2	324	8,4	331	7,8
Otras causas de muerte	280	6,7	241	6,2	262	6,2
Sin información	0	0,0	0	0,0	181	4,3
Causas no específicas	104	2,5	66	1,7	152	3,6
Trastornos cardiovasculares	121	2,9	112	2,9	88	2,1
Convulsiones y trastornos neurológicos	20	0,5	19	0,5	28	0,7
Lesión de causa externa	21	0,5	21	0,5	17	0,4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2026, datos preliminares 2026.
SE: semana epidemiológica.



EVENTOS TRAZADORES

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un análisis descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 36 de 2026, a partir de las variables registradas en las fichas epidemiológicas de los eventos colectivos e individuales (códigos INS 995 y 345).

Definición operativa de caso confirmado de morbilidad por IRA: Corresponde a todas las atenciones por IRA en los servicios de consulta externa, urgencias, hospitalización general, UCI/UCIM y defunciones, según los códigos CIE-10 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 a partir del cálculo de la media geométrica, el umbral estacional y el intervalo de confianza, utilizando datos históricos del periodo 2019 a 2025.

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 2025 (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 mediante la metodología Poisson, comparando los datos del periodo anterior y el 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%202024.pdf

En el último periodo (semanas epidemiológicas 33 a 36 de 2026), a nivel nacional, se observó un aumento porcentual en las atenciones por IRA en consulta externa, urgencias, hospitalización en UCI/UCIM y una disminución en hospitalización en sala general frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 29 a 32 de 2026), sin superar el umbral definido para variaciones relevantes ($\pm 30\%$) (tabla 14).

Tabla 14. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 29 a 32 de 2026 y 33 a 36 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 29 a 32 de 2026	SE 33 a 36 de 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	438 799	461 677	● 5,21%	↗
Hospitalización en sala general	19 650	19 595	● -0,28%	↘
Hospitalización en UCI/UCIM	2 320	2 556	● 10,17%	↗

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2026
SE: semana epidemiológica
UCI/UCIM: unidades de cuidado intensivo/unidad de cuidado intermedio

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 36 del 2026 se notificaron 122 524 atenciones en consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento por entidad territorial de la notificación en los últimos siete años (excluyendo 2020 y 2021), se observó incremento en La Guajira, mientras que Caldas, Santiago de Cali, Caquetá, Cauca, Cesar, Chocó, Guainía, Huila, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, San Andrés y Valle del Cauca presentaron disminución. Las 23 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales.

De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en municipios con más de 100 000 habitantes, se observó un incremento en cuatro municipios (tabla 15).

Tabla 15. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios con más de 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 36 del 2026

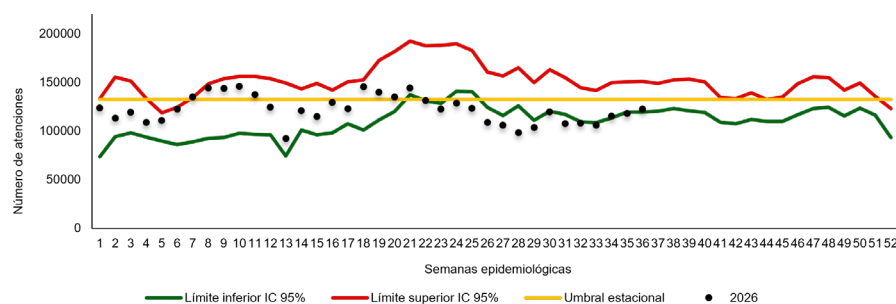
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	65 534	61 103	7 424	9 416
La Guajira	Maicao	46 504	57 864	3 268	8 041
Cundinamarca	Soacha	59 584	46 425	5 453	5 208
La Guajira	Uribia	34 813	38 058	3 048	4 808
Antioquia	Itagüí	61 145	51 673	5 649	4 249
Cundinamarca	Chía	42 134	33 062	4 404	4 150
Antioquia	Bello	44 657	46 454	4 643	3 364
Antioquia	Rionegro	26 306	33 713	2 382	2 576
Cundinamarca	Zipaquirá	17 008	15 618	1 865	1 924
Magdalena	Ciénaga	16 793	14 206	1 801	1 914
Santander	Floridablanca	20 190	18 418	2 001	1 777
Antioquia	Apartadó	13 025	14 204	1 282	1 662
Santander	Barrancabermeja	23 004	19 443	1 473	1 491
Boyacá	Duitama	15 961	12 694	2 111	1 431
Antioquia	Envigado	19 181	18 192	1 853	1 346
Córdoba	Cereté	13 594	14 634	1 129	1 317
Boyacá	Sogamoso	14 806	12 016	1 677	1 272
Córdoba	Lorica	11 320	11 795	1 361	1 211
Cundinamarca	Girardot	15 469	10 815	1 430	1 191
Risaralda	Dosquebradas	21 539	16 918	1 961	1 176
Valle del Cauca	Palмира	19 899	15 331	1 871	1 098
Bolívar	Magangué	16 372	13 193	1 512	1 050
Buenaventura	Buenaventura	5 066	7 304	748	1 019
Casanare	Yopal	11 234	9 157	1 344	960
Huila	Pitalito	9 837	6 798	1 039	932
Antioquia	Turbo	11 018	10 239	1 120	921
Cundinamarca	Facatativá	13 024	9 492	1 672	894
Norte de Santander	Ocaña	12 852	9 731	1 036	879
Cundinamarca	Funza	11 498	10 697	845	868
Cundinamarca	Madrid	10 447	11 355	1 291	827
Cesar	Aguachica	8 738	7 969	911	780
Valle del Cauca	Tuluá	9 580	8 430	855	762
Córdoba	Sahagún	18 050	6 591	2 109	723
Valle del Cauca	Cartago	12 626	8 916	1 195	695
Cauca	Santander De Quilichao	8 395	6 229	1 008	623
Santander	Piedecuesta	7 684	6 774	493	586
Atlántico	Malambo	5 221	5 094	512	553
Cundinamarca	Mosquera	5 603	4 384	455	507
Valle del Cauca	Yumbo	10 594	8 215	999	499
Santander	Girón	6 333	5 477	394	475
Cauca	Guapi	3 534	2 630	222	296
Norte de Santander	Villa Del Rosario	4 803	4 189	387	255
Nariño	La Florida	525	452	39	30

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (33 a 36 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 25,3 % (116 989) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 20,5 % (94 863). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en los niños de 1 año con el 11,1 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 10,7 %.

En el canal endémico se observó una tendencia ascendente entre las semanas 06 y 11 con valores que no superaron el límite superior; no obstante, en las semanas epidemiológicas 12 a 17 se registró una disminución, seguida de un nuevo incremento entre las semanas epidemiológicas 18 y 21, manteniéndose dentro de los límites esperados. Desde la semana epidemiológica 22 se observó una tendencia descendente en las atenciones, con valores que se mantuvieron cercanos al límite inferior hasta la semana 36, alternando entre semanas por debajo y por encima de dicho límite (figura 5).

Figura 5. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 36 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, histórico entre 2018 y 2025

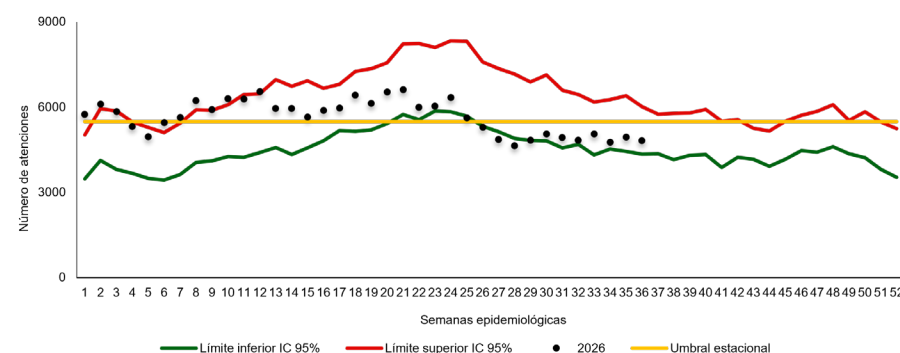
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 36 del 2026 se notificaron 4 822 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se evidenció disminución en Amazonas, Buenaventura, Caldas, Caquetá, Casanare, Cesar, Chocó, Guainía, La Guajira, Quindío, Risaralda, San Andrés, Sucre y Valle del Cauca; así mismo, se observó aumento en Arauca, Barranquilla, Cartagena de Indias, Cauca, Guaviare, Magdalena y Nariño. En las 17 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (33 a 36 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (5 128) representaron el 26,1 %, seguidos de los menores de 1 año con el 14,8 % (2 915). La mayor proporción de hospitalización en sala general por IRA sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de 1 año con el 22,5 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 19,7 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, las atenciones presentaron una tendencia de incremento sostenido, ubicándose cerca o por encima del límite superior entre las semanas epidemiológicas 01 a 12 de 2026. Entre las semanas epidemiológicas 13 a 24, se observó una disminución ubicándose por encima del umbral estacional. Posteriormente, se observó una disminución sostenida de las hospitalizaciones, situándose por debajo dicho umbral entre las semanas 25 a 36 (figura 6).

Figura 6. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 36 de 2026

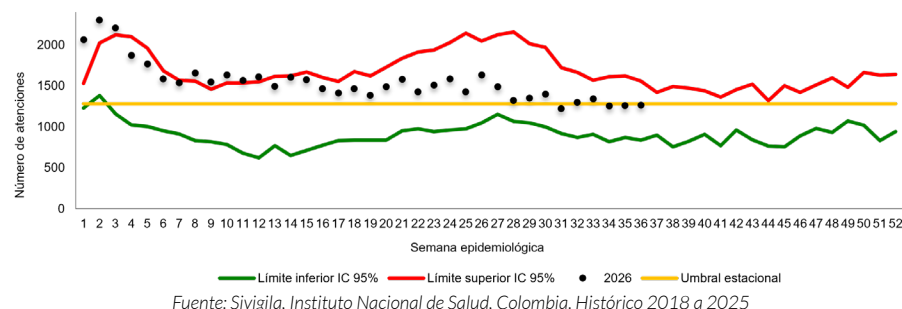


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico 2018 a 2025

Comportamiento en mayores de 60 años por hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 36 del 2026, se notificaron 1 268 atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional en este grupo de edad, durante las semanas epidemiológicas 07 a 12 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, presentaron un descenso entre las semanas epidemiológicas 13 y 36 de 2026, ubicándose dentro de lo esperado (figura 7).

Figura 7. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 36 de 2026



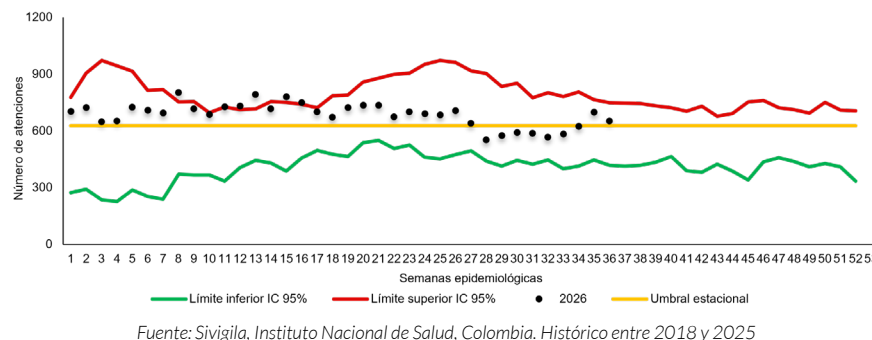
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 36 del 2026 se notificaron 651 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM; se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Guaviare, Putumayo y San Andrés. Se registró disminución en Antioquia, Bolívar, Buenaventura, Cauca, Cesar, Cundinamarca, Meta, Nariño, Risaralda, Sucre y Vaupés. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (33 a 36 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 36,1 % (925), seguido de los menores de 1 año con el 21,6 % (553) 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 1 año con el 20,0 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 17,6 %.

En el canal endémico de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, durante las semanas epidemiológicas 01 a 27 de 2026, las atenciones se mantuvieron predominantemente por encima del umbral estacional, alcanzando el límite superior del canal en las semanas 08, 11 a 13, 15 y 16, con un descenso progresivo entre las semanas 28 a 34, seguido de un aumento en semana 35 y 36 (figura 8).

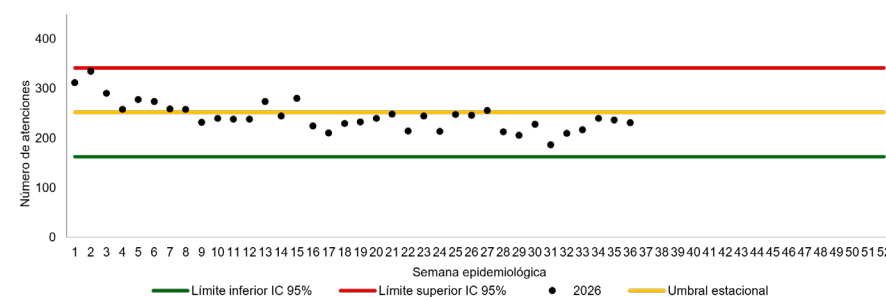
Figura 8. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 36 de 2026



Comportamiento en los mayores de 60 años por hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM

En la semana epidemiológica 36 del 2026, se notificaron 231 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control para este grupo de edad, las hospitalizaciones se mantuvieron por encima del umbral estacional durante las semanas epidemiológicas 01 a 08, 13 y 15 de 2026; no obstante, en las semanas 09 a 12, 14 y 16 a 36 se observó un descenso, ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 9).

Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 36 de 2026



De acuerdo con el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), durante septiembre de 2026 las condiciones climáticas del país estarán moduladas por el desarrollo del fenómeno El Niño, que ya se considera plenamente establecido y en fortalecimiento, junto con la variabilidad intraestacional

asociada a la oscilación Madden-Julian y al tránsito de las ondas del Este. Para el periodo septiembre a noviembre de 2026 predominaría una señal deficitaria de precipitaciones en las regiones Caribe y Andina, con déficit también en sectores de la región Pacífica. En la Orinoquía y la Amazonía se prevén condiciones más variables, y en la región Insular las lluvias se mantendrían dentro de los valores climatológicos. No se descartan lluvias intensas de muy corta duración. Las predicciones indican una probabilidad del 75,0 % de un evento El Niño muy fuerte desde septiembre, que alcanzaría el 95,0 % en noviembre, y se espera que la temperatura permanezca por encima de lo habitual durante todo el periodo. Por lo que la disminución de las precipitaciones, el aumento de la temperatura, la persistencia de incendios y las temperaturas más bajas durante la noche y la madrugada podrían favorecer la suspensión y concentración de material particulado en el aire y la circulación de agentes respiratorios. Esto incrementa el riesgo de infecciones respiratorias agudas (IRA), especialmente en poblaciones vulnerables¹.

Adicionalmente, en el contexto de la emergencia generada por el terremoto ocurrido recientemente, las condiciones de hacinamiento temporal en albergues, la interrupción de servicios básicos, los desplazamientos poblacionales y las dificultades en el acceso oportuno a los servicios de salud podrían favorecer la transmisión de agentes respiratorios y aumentar la susceptibilidad de la población afectada a presentar IRA. Este riesgo puede ser mayor en grupos vulnerables como niños, personas mayores, gestantes y personas con enfermedades crónicas.

En este contexto, la interacción entre las condiciones climáticas asociadas al fenómeno El Niño, caracterizadas por la disminución de las precipitaciones y el aumento de la temperatura, la emergencia derivada del terremoto y la circulación estacional de virus respiratorios podría favorecer un incremento de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA)

Considerando el contexto de la emergencia por terremoto en las entidades territoriales afectadas, las condiciones climáticas previstas, la estacionalidad del evento y el comportamiento epidemiológico esperado de las infecciones respiratorias agudas, se recomienda a las entidades territoriales:

- Fortalecer las acciones de prevención y control de infecciones respiratorias en albergues temporales, centros de evacuación y otros espacios de alojamiento colectivo, promoviendo la ventilación adecuada de los espacios, la identificación temprana y separación de personas con síntomas respiratorios, la disponibilidad de puntos para higiene de manos y la adopción de medidas de protección individual según el nivel de riesgo.

- Garantizar el acceso oportuno a servicios de salud y medicamentos esenciales para la atención de enfermedades respiratorias, especialmente en las poblaciones afectadas por la emergencia.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica comunitaria en las zonas afectadas por el terremoto, con el fin de identificar oportunamente incrementos inusuales de síntomas respiratorios, conglomerados o brotes, y facilitar la implementación de medidas de control de manera temprana.
- Priorizar la protección de grupos vulnerables en los albergues y comunidades afectadas, incluyendo menores de cinco años, personas mayores, gestantes, personas con enfermedades crónicas, inmunosuprimidos y personas con discapacidad, garantizando condiciones adecuadas de alojamiento, acceso a agua potable y atención en salud.
- Coordinar acciones intersectoriales con los organismos de gestión del riesgo, autoridades locales y entidades del sector salud para reducir las condiciones que favorecen la transmisión de infecciones respiratorias, incluyendo el control del hacinamiento, la mejora de las condiciones de saneamiento básico y la adecuada gestión de espacios temporales de alojamiento.
- Mantener la disponibilidad de insumos para la prevención y control de infecciones respiratorias, tales como tapabocas, soluciones para higiene de manos y elementos de limpieza y desinfección, especialmente en las áreas con mayor afectación por la emergencia.

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas se mantiene en descenso. La influenza B predomina en varios países, particularmente en el Cono Sur, mientras que en Centroamérica y Andina influenza A(H3N2) continúa predominando. Respecto a virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles ascendentes de circulación en las subregiones Centroamérica y Brasil y Cono Sur. Paraguay y Uruguay presentan positivities particularmente elevadas para este patógeno. Con relación a SARS-CoV-2 se mantiene estable y en niveles bajos en la mayoría de las subregiones, excepto en algunos países del Caribe y Centroamérica, particularmente en Belice, Barbados, Islas Caimán, México y Nicaragua. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En el último periodo analizado, correspondiente a la semana epidemiológica 36, la actividad viral estuvo marcada por la presencia de virus respiratorio sincitial (VSR),

rinovirus, adenovirus, metapneumovirus, parainfluenza e influenza. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se evidencia un comportamiento al decremento en la positividad general. Los patógenos que presentaron significancia estadística para el periodo analizado fueron al incremento rinovirus y al decremento, se observó influenza A, los demás virus respiratorios se mantienen estables en los últimos dos periodos. Ante este comportamiento, se recomienda reforzar la vacunación contra influenza en los grupos priorizados, conforme a las directrices del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 16). Se insta a las entidades territoriales a mantener una vigilancia activa ante la concurrencia de la circulación de influenza estacional y otros virus respiratorios, situación que eventualmente podría generar una presión significativa sobre los sistemas de salud

Tabla 16. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 29 a 36 de 2026

Agente viral identificado	SE 29 a 32 de 2026			SE 33 a 36 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	51,8	56,9	30,4	48,8	58,9	40,4	
Rinovirus	9,6	9,5	-	17,4	14,7	15,8	
Virus sincitial respiratorio	24,4	34,3	9,5	27,5	36,7	10,5	
Enterovirus	7,0	5,3	19,0	5,4	3,7	5,3	
Adenovirus	8,5	10,7	4,8	9,0	10,1	10,5	
Influenza B	6,3	1,2	9,5	8,4	5,5	5,3	
Influenza A	18,1	13,6	23,8	6,6	5,5	10,5	
Parainfluenza	8,1	10,1	4,8	9,0	9,2	10,5	
Metapneumovirus	3,7	5,3	-	2,4	2,8	-	
A(H1N1)pdm09	1,1	1,2	-	-	-	-	
SARS-CoV-2	3,3	2,4	14,3	2,4	1,8	5,3	
A(H3N2)	6,3	4,7	9,5	5,4	4,6	10,5	
Coronavirus	3,3	1,8	4,8	6,6	5,5	15,8	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026.

Porcentajes calculados del total de muestras analizadas con resultado positivo para algún agente viral.

*Se muestra la variación con significancia estadística

Referencia

1. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales. Boletín de clima y salud. Edición No. 9. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2026 sep.

COVID-19

Metodología

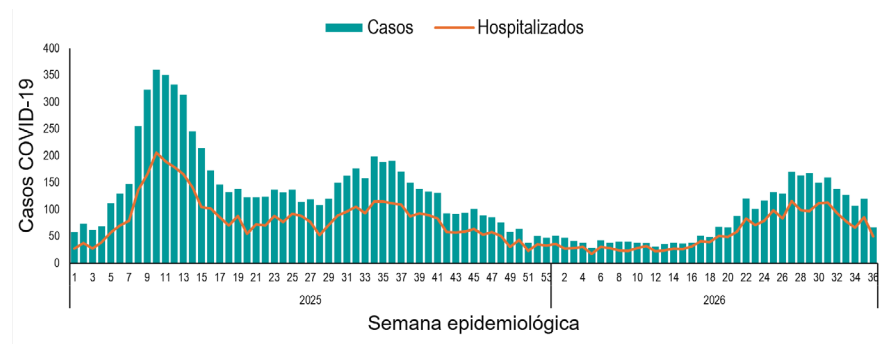
Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados hasta la semana epidemiológica (SE) 36 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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 realizó mediante la comparación de los casos confirmados de COVID-19. Los comportamientos inusuales por departamentos y municipios se evaluaron comparando las cuatro semanas previas con las actuales. La interpretación se definió así: incremento (razón > 1 con significancia estadística, $p < 0,05$), decremento (razón < 1 con significancia estadística, $p < 0,05$) y sin cambio (razón cercana a 1 sin significancia estadística, $p > 0,05$).

En lo corrido de 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 36), con corte al 12 de septiembre y según fecha de inicio de síntomas, se notificaron al Sivigila 2 965 casos de COVID-19, de los cuales 2 961 son procedentes de Colombia y cuatro (4) casos de procedencia exterior. En las últimas cuatro semanas (semanas epidemiológicas 33 a 36) se registraron 425 casos, de los cuales 424 son de procedencia Colombia, lo que representa una disminución del 31,6 % frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 29 a 32), en el que se reportaron 621 casos. Respecto a la hospitalización, se notificaron 280 casos hospitalizados, una disminución del 32,7 % frente a los 416 registrados en el periodo anterior. En el mismo periodo de 2025 (semanas epidemiológicas 33 a 36), se notificaron 741 casos, por lo que en 2026 se observa una disminución del 42,6 % respecto al año anterior (figura 10).

Figura 10. Comportamiento temporal de casos notificados de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 36 de 2026



Fuente: Sivigila, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 36 de 2026

Durante el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 33 a 36 de 2026) se registró una incidencia de 0,8 casos por cada 100 000 habitantes (424 casos confirmados de procedencia Colombia), con afectación en 29 entidades territoriales de orden departamental y distrital, y en 100 municipios del país.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 29 a 32 de 2026), se evidenció un incremento significativo en la notificación de casos de COVID-19 en Santiago de Cali.

Entre el periodo epidemiológico anterior (semanas epidemiológicas 29 a 32 de 2026) y el periodo actual (semanas epidemiológicas 33 a 36 de 2026), se observó una disminución del 31,6 % en la notificación total de casos, pasando de 621 a 425 casos. No obstante, se registró un aumento en el grupo de 90 a 99 años (25,0 %), al pasar de 8 a 10 casos, y en el grupo de 5 a 9 años (11,1 %), al pasar de 36 a 40 casos.

En contraste, la mayoría de los grupos de edad mostraron reducciones en la notificación de casos. Las disminuciones más importantes se observaron en el grupo de 1 año (-49,3 %), seguido de 2 a 4 años (-46,6 %), menor de un año (-39,0 %), 60 a 69 años (-38,7 %), 80 a 89 años (-34,6 %), 30 a 39 años (-32,6 %), 50 a 59 años (-29,0 %), 70 a 79 años (-21,2 %), 40 a 49 años (-12,5 %), 20 a 29 años (-9,5 %) y 10 a 19 años (-3,0 %). Por su parte, el grupo de mayores de 100 años no registró casos en ninguno de los dos periodos analizados, por lo que no fue posible calcular la variación porcentual (tabla 17).

Tabla 17. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas (29 a 36) de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 29 a 32 2026	SE 33 a 36 2026		
Menor de un año	210	128	-39,0	
1 año	75	38	-49,3	
2 a 4 años	58	31	-46,6	
5 a 9 años	36	40	11,1	
10 a 19 años	33	32	-3,0	
20 a 29 años	21	19	-9,5	
30 a 39 años	43	29	-32,6	
40 a 49 años	16	14	-12,5	
50 a 59 años	31	22	-29,0	
60 a 69 años	31	19	-38,7	
70 a 79 años	33	26	-21,2	
80 a 89 años	26	17	-34,6	
90 a 99 años	8	10	25,0	
Mayor de 100 años	0	0	NC	
Total	621	425	-31,6	

Nota: las variaciones porcentuales elevadas en algunos grupos de edad deben interpretarse con cautela, dado el bajo número de casos absolutos en el periodo anterior. Un cambio de pocos casos puede traducirse en porcentajes altos sin reflejar necesariamente una tendencia sostenida.

•NC: no calculable

Fuente: Sivigila SE 29 a 36 de 2026

PE: periodo epidemiológico SE: semana epidemiológica

En el corrido de 2026, se han notificado en Colombia 27 fallecimientos asociados a COVID-19. De estos, nueve (9) se registraron en Bogotá, D. C.; cinco (5) en el departamento de Arauca, de los cuales cuatro (4) ocurrieron en el municipio de Arauca y uno (1) en Saravena; y dos (2) en Santiago de Cali (Valle del Cauca). Los 11 fallecimientos restantes se notificaron de manera individual en los municipios de Peñol y Rionegro (Antioquia), Montería (Córdoba), Pasto (Nariño), Montenegro (Quindío), Astrea (Cesar), Riohacha (La Guajira), Pereira (Risaralda), Pivijay (Magdalena), Pore (Casanare) y La Calera (Cundinamarca).

Para obtener más información sobre el COVID-19, consulte el enlace <http://url.ins.gov.co/uu7la>, donde podrá ampliar los detalles sobre los casos de COVID-19 en Colombia entre 2020 y 2026.

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 36 de 2026, 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 (2019-2025 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 (2019-2025 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 (2019-2025 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 (2019-2025 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 36 del 2026 se notificaron 2 864 casos de dengue: 2 168 casos de esta semana y 696 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 79 304 casos, 47 878 (60,4 %) sin signos de alarma, 30 629 (38,6 %) con signos de alarma y 797 (1,0 %) de dengue grave.

El 67,3 % (53 366) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Bolívar, Cesar, Santander, Norte de Santander, Magdalena, Casanare, La Guajira, Antioquia y Cartagena de Indias (tabla 18). Sin embargo, en el último periodo (semanas epidemiológicas 32 a 35 de 2026) se observa que las entidades territoriales de Meta, Bolívar, Santander, Norte de Santander, Atlántico, Magdalena, Tolima y Antioquia concentraron el 63,3 % (6 409 casos) de los casos del periodo

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 32 a 35 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 28 a 31, 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Amazonas, Buenaventura, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Putumayo, Quindío, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada; una tendencia al descenso mayor a 30,0 % en las entidades territoriales de Caldas, Caquetá, Casanare, Cesar, La Guajira y Vaupés mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 18).

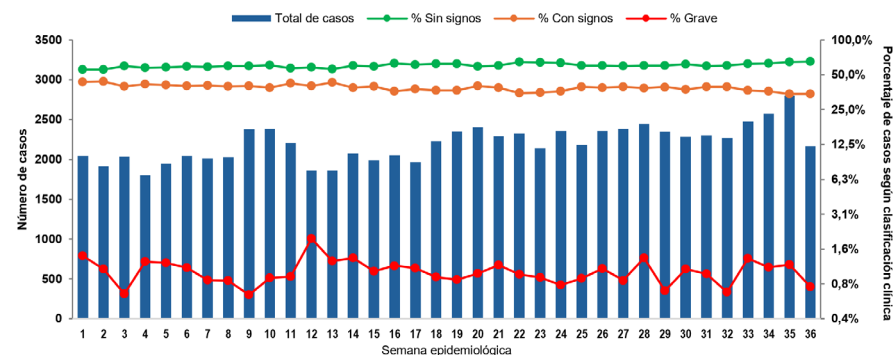
Tabla 18. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2026

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último período	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 28 - 31 2026)	Observado (SE 32-35 2026)
Meta	12 739	29,7	0,9	1 539	1 319
Bolívar	7 075	40,9	1,4	1 044	1 065
Cesar	6 056	56,3	0,8	579	396
Santander	5 492	38,7	0,6	670	839
Norte de Santander	5 059	37,8	1,4	665	797
Magdalena	4 682	49,8	0,7	554	521
Casanare	3 302	30,0	0,6	659	434
La Guajira	3 076	53,7	1,7	114	51
Antioquia	2 974	36,6	0,9	374	446
Cartagena	2 911	19,5	1,1	168	206
Atlántico	2 816	43,5	0,7	436	536
Córdoba	2 605	43,4	0,5	219	272
Tolima	2 478	32,7	1,4	278	452
Barranquilla	2 438	45,2	0,9	279	286
Arauca	2 239	30,7	1,3	325	387
Santa Marta	2 028	44,9	0,3	61	62
Sucre	1 605	47,5	0,9	211	380
Valle del Cauca	1 508	35,6	0,9	212	349
Cundinamarca	1 329	37,5	1,1	155	267
Santiago de Cali	1 025	36,9	0,4	111	109
Huila	965	38,4	4,7	100	132
Chocó	843	21,2	0,7	118	132
Amazonas	678	14,7	0,1	71	113
Nariño	581	39,6	0,7	88	75
Guaviare	554	24,0	0,5	59	149
Caquetá	400	52,0	2,8	18	12
Putumayo	349	26,9	2,0	33	65
Quindío	326	26,1	2,5	47	73
Boyacá	225	46,7	1,8	39	30
Cauca	176	31,8	4,0	27	34
Exterior	161	43,5	3,7	17	28
Risaralda	149	39,6	1,3	20	21
Caldas	141	41,8	0,0	24	9
Buenaventura	118	35,6	0,8	14	20
Vichada	90	27,8	0,0	9	19
Vaupés	66	9,1	0,0	30	19
Archipiélago de San Andrés	36	36,1	0,0	10	12
Guainía	9	22,2	0,0	1	3
Total	79 304	38,6	1,0	9 378	10 120

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026. SE: semana epidemiológica.

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 40,0 % 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 32 a 35 de 2026) fueron: Caquetá, Córdoba, Santa Marta y La Guajira.

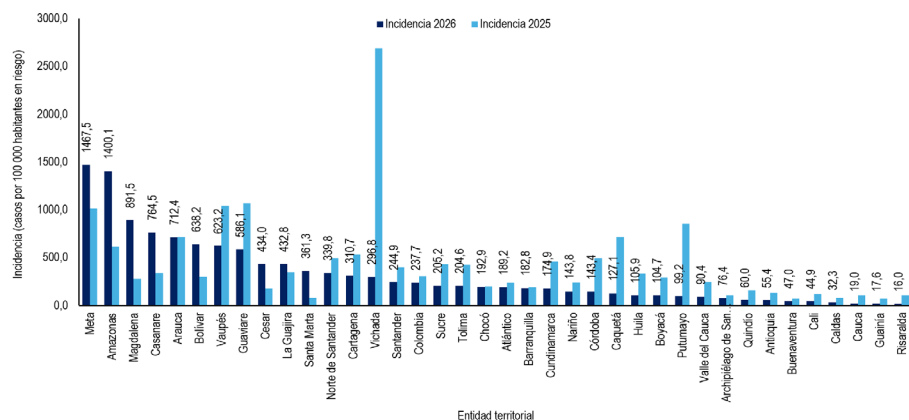
Figura 11. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 36, 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

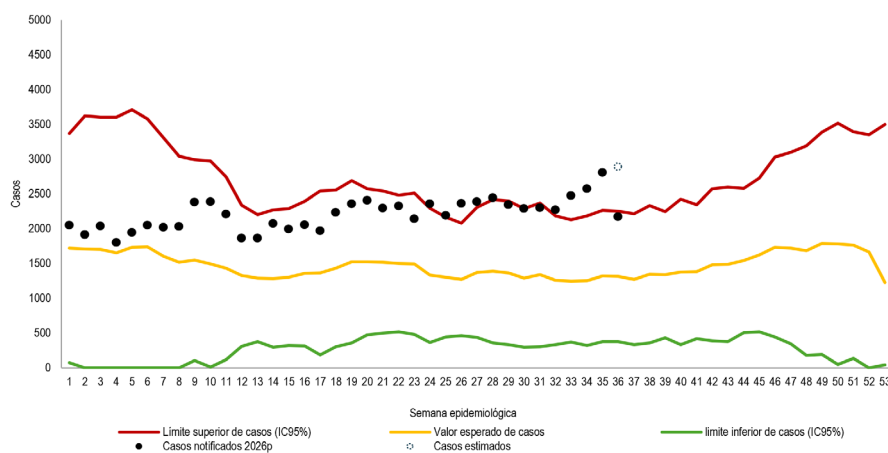
A semana epidemiológica 36 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 237,7 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 304,2 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Meta, Amazonas, Magdalena, Casanare, Arauca, Bolívar y Vaupés presentaron las mayores incidencias a semana epidemiológica 36 del 2026 registrando tasas superiores a 600,0 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 482,7 casos por 100 000 habitantes.

Figura 12. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2025 y 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

Figura 13. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

Tabla 19. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 36 del 2026

Situación epidemiológica semana epidemiológica 36, 2026	Entidad territorial
Por encima del límite superior esperado	Amazonas, Arauca, Atlántico, Bolívar, Barranquilla, Cesar, Casanare, Cundinamarca, Meta, Guaviare, Quindío, Magdalena, Norte de Santander, Sucre, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Vaupés.
Alerta	Antioquia, Boyacá, Cartagena de Indias, Chocó, La Guajira, Huila, Nariño, Santander, Santa Marta D.T., Putumayo, Valle del Cauca, Tolima, Risaralda, Vichada
Dentro de lo esperado	Buenaventura D. E., Cauca, Caldas, Córdoba, Santiago de Cali, Caquetá, Guainía.

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 36 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 20,0 % (165) 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 28,1 % (16/57) se sitúan por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 20).

Tabla 20. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, semana epidemiológica 36 de 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		(SE 28-31 2026)	(SE 32-35 2026)
Antioquia	Medellín	15,8	413	51	74
	Envigado	16,5	40	6	8
	Itagüí	9,8	27	5	6
Bolívar	Magangué	426,6	613	81	160
Cesar	Aguachica	530,5	652	121	85
Córdoba	Cereté	245,4	270	42	38
Cundinamarca	Fusagasugá	25,4	42	2	15
Chocó	Quibdó	138,4	184	22	39
Meta	Villavicencio	1770,1	9026	989	844
Norte de Santander	Ocaña	281,5	334	80	79
Risaralda	Pereira	16,5	80	15	15
Santander	Bucaramanga	321,0	1987	271	347
Tolima	Ibagué	168,0	914	104	198
Valle del Cauca	Cartago	271,9	378	49	137
Arauca	Arauca	315,8	317	55	49
Casanare	Yopal	406,6	734	201	173

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026. SE: semana epidemiológica.

A semana epidemiológica 36 del 2026, se han notificado 211 muertes probables por dengue de las cuales se han confirmado 52 casos, se han descartado 109 casos y se encuentran en estudio 50 casos, de los cuales un caso procede del exterior. A la fecha, la letalidad nacional por dengue es de 0,07 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2025, se confirmaron 93 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 21).

Tabla 21. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 36, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 36, 2026	Letalidad por dengue a SE 36, 2025
	Confirmados	En estudio		
Huila	4	0	0,41	0,23
La Guajira	10	1	0,33	0,04
Magdalena	7	0	0,15	0,07
Atlántico	3	0	0,11	0,06
Antioquia	3	3	0,10	0,13
Santa Marta	2	0	0,10	0,22
Cundinamarca	1	3	0,08	0,06
Bolívar	5	6	0,07	0,09
Valle del Cauca	1	3	0,07	0,00
Meta	8	7	0,06	0,11
Sucre	1	3	0,06	0,09
Norte de Santander	3	0	0,06	0,05
Cesar	3	0	0,05	0,04
Santander	1	1	0,02	0,10
Tolima	0	5	0,00	0,04
Casanare	0	4	0,00	0,00
Cauca	0	3	0,00	0,30
Arauca	0	2	0,00	0,09
Barranquilla	0	2	0,00	0,16
Córdoba	0	2	0,00	0,08
Putumayo	0	2	0,00	0,17
Boyacá	0	1	0,00	0,00
Caldas	0	1	0,00	0,00
Colombia	52	49	0,07	0,09

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

*No se incluyen en esta tabla los casos procedentes del exterior

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025-2026.

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 36 de 2026, 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 (hasta 156 por año)	≤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 msnm. (-) 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

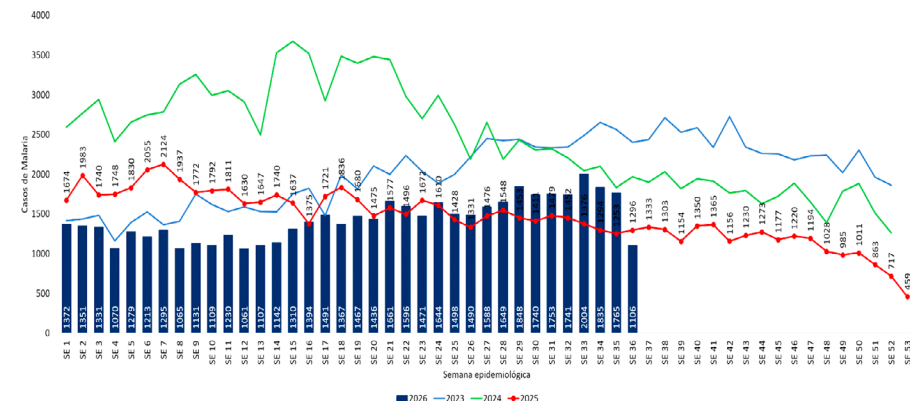
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros 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/buscar-eventos/Lineamientos/Pro_Malaria%202022.pdf

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución para la malaria, como lo muestra la figura 14.

Figura 14. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 36 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026

En la semana epidemiológica 36 del 2026 se notificaron 2 397 casos de malaria, para un acumulado de 51 610 casos, de los cuales 51 060 son de malaria no complicada y 550 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 68,0 % (35 077), seguido de *Plasmodium falciparum* con 30,8 % (15 917) e infección mixta con 1,2 % (616). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 94,3 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (40,0 %), Antioquia (13,0 %), Córdoba (7,4 %), Nariño (5,4 %), Guainía (5,0 %), Risaralda (3,9 %), Amazonas (3,4 %), Cauca (3,4 %), Bolívar (3,0 %), Vichada (2,7 %), Meta (2,6 %), Buenaventura (2,5 %) y Guaviare (2,1 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 72,6 % de los casos son los que se muestran en la tabla 22.

Tabla 22. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 36 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 29 a 32 2026	Casos SE 33 a 36 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Chocó	Quibdó	4 515	742	981	30,31
Córdoba	Tierralta	2 523	266	265	24,90
Guainía	Inírida	2 297	187	301	58,03
Risaralda	Pueblo Rico	1 821	279	145	108,30
Chocó	Lloró	1 709	268	223	157,31
Chocó	Bagadó	1 632	413	188	135,14
Antioquia	El Bagre	1 325	159	153	23,23
Buenaventura	Buenaventura	1 320	176	207	4,06
Chocó	Istmina	1 281	192	118	36,65
Chocó	Medio San Juan	1 055	167	169	87,15
Meta	Puerto Gaitán	1 019	86	89	21,57
Chocó	Alto Baudó	1 016	164	229	31,58
Vichada	Cumaribo	967	76	50	10,78
Cauca	Timbiquí	904	101	103	31,56
Chocó	Rio Quito	864	84	164	91,56
Vaupés	Mitú	861	89	73	23,52
Bolívar	Montecristo	826	116	72	44,38
Chocó	Carmen del Darién	810	168	159	35,60
Chocó	Bajo Baudó	793	164	156	22,70
Chocó	Tadó	758	153	147	36,52
Chocó	Juradó	739	70	45	95,49
Cauca	Guapi	679	77	85	22,55
Nariño	Olaya Herrera	664	85	67	24,83
Antioquia	Nechí	650	92	85	22,99
Chocó	El Cantón del San Pablo	629	93	40	88,18
Amazonas	Tarapacá (CD)	626	56	53	139,30
Norte de Santander	Tibú	623	119	85	9,94
Córdoba	Puerto Libertador	583	62	73	12,66
Chocó	Atrato	583	114	116	82,43
Chocó	Nóvita	555	153	157	51,80
Guaviare	San José del Guaviare	516	68	72	7,75
Antioquia	Cáceres	512	55	50	16,22
Chocó	Medio Atrato	495	75	91	37,25
Amazonas	La Pedrera (CD)	473	75	35	108,64
Antioquia	Chigorodó	455	54	49	7,22

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026. SE: semana epidemiológica

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 72,6 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria por especie parasitaria se observa que para *P. vivax*, 15 municipios aportan el 47,6 %; en comparación con el período anterior, se evidencia decremento en los municipios de Pueblo Rico, El Bagre, Lloró, Bagadó, Puerto Gaitán, Montecristo, Mitú, Juradó, Carmen del Darién, Cumaribo, Nechí y Tibú y en incremento el municipio de Inírida, Nechí, y Quibdó (tabla 23). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 67,2 %. En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Istmina, Bagadó y Olaya Herrera y en incremento los municipios de Quibdó, Buenaventura, Timbiquí, Rio Quito, Lloró, Medio San Juan, Alto Baudó, El Charco, Atrato y Medio Atrato como se muestra en la tabla 24.

Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 36 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 29 a 32 de 2026	Casos SE 33 a 36 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Córdoba	Tierralta	244	245	0%	6,4%
Guainía	Inírida	169	251	49%	5,7%
Chocó	Quibdó	256	298	16%	4,6%
Risaralda	Pueblo Rico	218	122	-44%	4,4%
Antioquia	El Bagre	155	145	-6%	3,6%
Chocó	Lloró	149	95	-36%	3,0%
Chocó	Bagadó	179	86	-52%	2,8%
Meta	Puerto Gaitán	84	81	-4%	2,6%
Bolívar	Montecristo	114	77	-32%	2,3%
Vaupés	Mitú	82	64	-22%	2,3%
Chocó	Juradó	71	45	-37%	2,1%
Chocó	Carmen del Darién	151	127	-16%	2,1%
Vichada	Cumaribo	48	24	-50%	2,0%
Antioquia	Nechí	90	85	-6%	1,8%
Norte de Santander	Tibú	120	85	-29%	1,8%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026
SE: semana epidemiológica

Tabla 24. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 36 de 2026

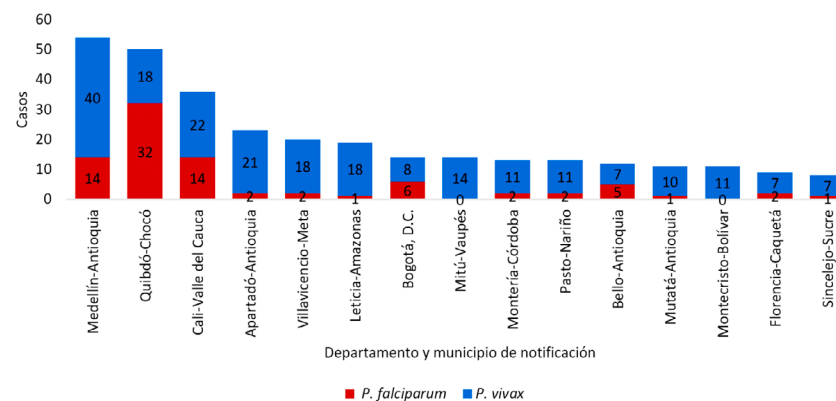
Entidad territorial	Municipio	Casos SE 29 a 32 de 2026	Casos SE 33 a 36 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	490	662	35%	18,2%
Buenaventura	Buenaventura	116	141	22%	5,7%
Cauca	Timbiquí	100	103	3%	5,6%
Chocó	Istmina	112	59	-47%	4,3%
Chocó	Rio Quito	61	122	100%	4,1%
Cauca	Guapi	74	74	0%	4,0%
Chocó	Lloró	113	121	7%	3,8%
Chocó	Bagadó	219	98	-55%	3,8%
Chocó	Medio San Juan	90	95	6%	3,4%
Chocó	Alto Baudó	93	113	22%	2,7%
Nariño	El Charco	22	53	141%	2,5%
Chocó	Bajo Baudó	100	99	-1%	2,5%
Chocó	Atrato	79	94	19%	2,5%
Chocó	Medio Atrato	46	58	26%	2,1%
Nariño	Olaya Herrera	47	40	-15%	2,1%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026. SE: semana epidemiológica

Malaria complicada

A semana epidemiológica 36 de 2026 se han notificado 550 casos de malaria complicada, que son notificados por 32 entidades territoriales. Antioquia, Chocó, Amazonas, Nariño, Santiago de Cali, Meta, Caldas, Vichada, Caquetá, Bogotá, D.C., Risaralda, Bolívar, Santander, Sucre, Vaupés y Córdoba y notificaron el 88,2 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 57,3 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 15).

Figura 15. Distribución de casos de malaria complicada en los municipios de notificación con mayor carga, según especie parasitaria. Colombia, semana epidemiológica 36 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026. SE: semana epidemiológica

Comportamientos inusuales en entidades territoriales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 36 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado; Se encuentran ocho departamentos en situación de incremento y 8 en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 47 municipios en incremento y 55 municipios en decremento (tabla 25).

Tabla 25. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 36 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 36 2025	Acumulado 2026	SE 36 2026	Esperado	Observado
Amazonas	Puerto Arica (CD)	5	24	2	34	1	1	4
Amazonas	El Encanto (CD)	4	15	6	164	0	0	6
Antioquia	Frontino	4	195	8	383	15	31	96
Antioquia	Puerto Berrío	4	12	0	16	0	2	6
Antioquia	Cáceres	4	528	13	515	12	22	50
Antioquia	Nechí	5	803	14	659	9	33	85
Antioquia	Yondó	4	49	1	65	2	0	6
Antioquia	Tarazá	4	415	5	202	6	22	37
Antioquia	Caucasia	4	309	2	201	0	9	22
Arauca	Saravena	4	448	5	112	0	5	11
Arauca	Fortul	4	52	2	26	2	0	3
Bolívar	Arenal	4	54	1	72	1	8	13

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 36 2025	Acumulado 2026	SE 36 2026	Esperado	Observado
Bolívar	Río Viejo	4	17	0	121	2	7	12
Bolívar	Montecristo	5	760	12	841	11	60	77
Bolívar	Santa Rosa del Sur	4	62	0	93	0	4	9
Cauca	Timbiquí	5	985	22	905	12	57	103
Chocó	El Carmen de Atrato	4	176	3	332	14	3	71
Chocó	Condoto	4	160	3	279	4	17	41
Chocó	Medio San Juan	5	951	26	1058	35	62	169
Chocó	Nóvita	5	270	7	556	14	37	157
Chocó	Belén de Bajirá	5	135	5	489	7	10	51
Chocó	Lloró	5	1505	48	1718	35	134	224
Chocó	Istmina	5	1043	33	1292	20	72	118
Chocó	Unión Panamericana	5	174	5	253	9	18	40
Chocó	Juradó	4	282	0	740	5	27	45
Chocó	Río Quito	5	481	6	874	37	105	168
Chocó	El Litoral del San Juan	5	80	0	198	17	26	42
Chocó	Quibdó	5	2542	53	4582	154	353	987
Chocó	Medio Atrato	5	390	7	497	24	57	91
Chocó	Carmen del Darién	5	692	10	815	31	61	159
Chocó	Atrato	5	264	8	588	13	46	117
Chocó	Cértogui	4	168	0	208	0	16	23
Guaviare	San José del Guaviare	5	519	17	521	17	49	73
Guaviare	Calamar	4	131	2	230	17	19	40
Guaviare	Miraflores	3	58	1	83	2	7	17
Meta	Puerto Concordia	4	56	2	54	0	2	6
Meta	Puerto Gaitán	4	267	5	1035	22	6	89
Meta	Puerto López	4	191	0	21	2	0	6
Meta	Villavicencio	4	43	0	35	1	2	5
Norte de Santander	Teorama	4	5	0	40	1	1	13
Norte de Santander	Convención	4	4	0	47	2	1	12
Norte de Santander	El Carmen	4	4	0	19	2	0	6
Risaralda	Mistrató	4	60	2	105	1	16	25
Sucre	Sincelejo	4	19	0	16	0	1	3
Sucre	Morroa	4	0	0	2	0	0	2
Valle del Cauca	Buenaventura	5	1620	65	1333	66	171	208
Vichada	Puerto Carreño	4	248	18	370	5	15	22

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026.

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 2021 y 2025 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/Lineamientos/PRO_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf

A semana epidemiológica 36 del 2026, se han notificado 14 947 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 14 870 corresponden a residentes en Colombia y 77 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (37 de 2025 a 36 de 2026) es de 0,54 casos por cada 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Chocó, Vichada y Risaralda (tabla 26).

El 83,4 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, mientras que el 16,6 % como desnutrición aguda severa. Entre los niños y niñas mayores de seis meses, el 5,4 % presentó perímetro braquial inferior a 11,5 cm. La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en menores de 1 año (28,0 %) y en los de 1 año de edad (27,1 %). Así mismo, el 65,9 % de los casos residen en las cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 36 del 2026, se observó diferencias significativas en la notificación en los departamentos de Guainía, Norte de Santander, San Andrés y Vaupés; el nivel nacional se encuentra en un comportamiento estable. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Así mismo, se identificó un comportamiento inusual de incremento en 211 municipios a nivel nacional (18,8 %) y de disminución en 93 municipios (8,3 %). En el análisis de municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2021 2025, se registraron diferencias significativas en la notificación de 18 municipios (tabla 27).

Tabla 26. 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, a semana epidemiológica 36, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 36 de 2025	Casos a SE 36 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	15 135	14870	0,54	18,8	8,3
La Guajira	1208	1173	1,53	26,7	20,0
Chocó	607	664	1,32	32,3	12,9
Vichada	153	159	1,26	0,0	25,0
Risaralda	336	380	0,82	28,6	7,1
Guaviare	51	49	0,77	0,0	0,0
Cartagena de Indias	384	414	0,69	0,0	0,0
Magdalena	599	464	0,68	24,1	6,9
Cesar	680	725	0,67	28,0	16,0
Arauca	131	127	0,67	0,0	28,6
Boyacá	369	408	0,63	13,8	4,1
Vaupés	23	20	0,58	0,0	16,7
Nariño	495	561	0,57	25,0	4,7
Antioquia	2021	1909	0,56	24,0	3,2
Casanare	185	165	0,56	10,5	31,6
Bogotá, D.C	1916	1814	0,55	0,0	0,0
Bolívar	445	423	0,52	26,7	8,9
Norte Santander	494	424	0,52	10,0	7,5
Cundinamarca	844	858	0,51	15,5	6,0
Meta	284	333	0,49	27,6	13,8
Putumayo	139	131	0,48	15,4	15,4
Amazonas	52	34	0,46	18,2	9,1
Sucre	289	302	0,46	38,5	7,7
Valle del Cauca	464	431	0,43	32,5	5,0
Santiago de Cali	403	353	0,41	0,0	0,0
Tolima	240	266	0,39	12,8	4,3
Buenaventura.	132	95	0,39	0,0	0,0
Santa Marta	131	122	0,39	0,0	0,0
Huila	329	283	0,38	8,1	8,1
Guainía	33	19	0,35	0,0	22,2
Córdoba	364	452	0,35	16,7	16,7
Caquetá	102	100	0,33	0,0	25,0
Caldas	138	137	0,32	14,8	0,0
Santander	350	352	0,31	16,1	3,4
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	11	0,30	50,0	0,0
Barranquilla	224	151	0,29	0,0	0,0
Quindío	61	70	0,28	0,0	0,0
Cauca	211	249	0,28	21,4	9,5

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 37 de 2025 a SE 36 de 2026.

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 y 2026 (Información preliminar); DANE, Proyecciones de población 2025.

Tabla 27. 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, a semana epidemiológica 36 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
La Guajira	Maicao	264	150
Risaralda	Dosquebradas	35	96
Tolima	Ibagué	53	86
Sucre	Sincelejo	42	83
Cundinamarca	Fusagasugá	49	81
Antioquia	Rionegro	28	43
Cesar	Aguachica	21	41
Boyacá	Duitama	22	40
Cauca	Popayán	24	40
Huila	Pitalito	26	35
Valle del Cauca	Cartago	19	30
Cauca	Santander de Quilichao	17	25
Antioquia	Envigado	15	24
Santander	Piedecuesta	34	24
Atlántico	Sabanalarga	32	23
Atlántico	Malambo	27	18
Cundinamarca	Girardot	39	11
Norte de Santander	Villa del Rosario	37	10

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 5 años disponible en: <http://url.ins.gov.co/489r9>

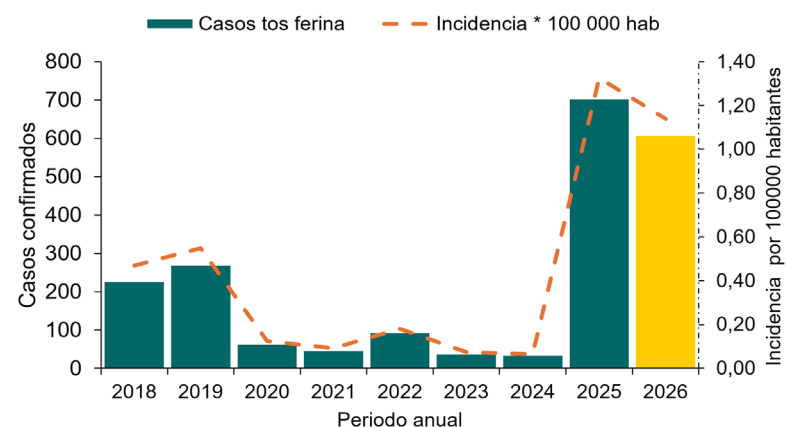
Tos ferina

Comportamiento de la tos ferina en Colombia, hasta la semana epidemiológica 35 de 2026

Nota: el presente informe descriptivo se refiere exclusivamente al análisis de los casos confirmados de tos ferina, clasificados por laboratorio, nexo epidemiológico o criterio clínico. Las incidencias fueron calculadas únicamente con los casos procedentes de Colombia. Asimismo, se debe considerar que la información presentada está sujeta a ajustes derivados del rezago en la notificación, los procesos de confirmación diagnóstica y las modificaciones en la clasificación final de los casos, por lo que las cifras pueden variar en futuras actualizaciones.

Hasta la semana epidemiológica 35 de 2026p, a nivel nacional se han confirmado 627 casos de tos ferina, de los cuales 608 corresponden a casos con procedencia nacional, utilizados para el cálculo de la incidencia. La incidencia nacional de tos ferina registrada durante la semana epidemiológica 35 fue de 1,1 casos por cada 100 000 habitantes. Al comparar esta cifra con los registros históricos de la misma semana epidemiológica en años anteriores, se observa un aumento en la incidencia respecto a los años previos (2018 a 2024); no obstante, el comportamiento observado durante 2026 es inferior al registrado en el mismo periodo de 2025, cuando se confirmaron 703 casos de tos ferina (figura 16).

Figura 16. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 35, 2018 a 2026p



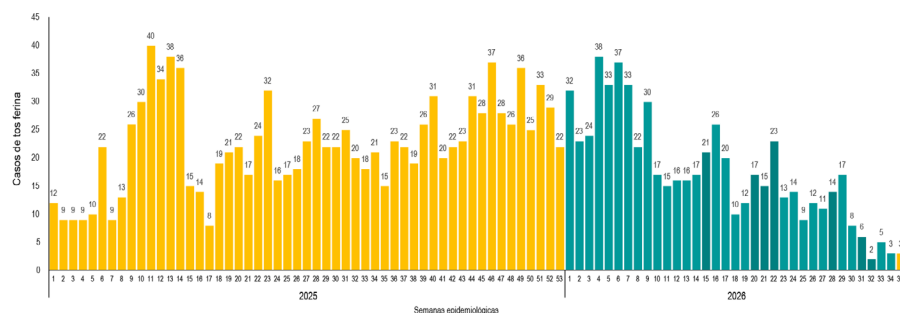
Fuente: Sivigila 2018 a 2026p

p: dato preliminar sujeto a validación.

La información es notificada semanalmente por las 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.

La figura 17 muestra una disminución sostenida de los casos de tos ferina durante 2026 en comparación con 2025. Mientras que en 2025 se registraron picos de hasta 40 casos en la semana epidemiológica 11 y de 37 casos en la semana 46, durante 2026 los mayores valores se presentaron al inicio del año, alcanzando 38 casos en la semana epidemiológica 05 y 37 casos en la semana epidemiológica 06. A partir de entonces, la notificación mostró una tendencia descendente progresiva, con fluctuaciones menores y una reducción marcada desde la semana 17, llegando a valores inferiores a 10 casos semanales en las últimas semanas analizadas. Este comportamiento evidencia una disminución importante en la ocurrencia de casos de tos ferina durante 2026, especialmente en el segundo semestre del año. En el periodo observado (semanas epidemiológicas 32 a 35) se confirmaron 13 casos.

Figura 17. Casos confirmados semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 35 de 2026p



Fuente: Sivigila 2025 y 2026 p
p: dato preliminar sujeto a validación.

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 35, de 2019 a 2026p

Durante 2026, con corte a la semana epidemiológica 35, Colombia registró una incidencia acumulada de 1,1 casos de tos ferina por 100 000 habitantes, correspondientes a 608 casos confirmados con procedencia nacional, cifra inferior a la observada en 2025 (1,3 casos por 100 000 habitantes). Las mayores incidencias se notificaron en Vaupés (22,5 casos por 100 000 habitantes), Casanare (4,8), Cartagena de Indias (4,2), Vichada (3,9), Arauca (3,6), Chocó (3,2) y Boyacá (2,6). En términos absolutos, Antioquia concentró el mayor número de casos confirmados (135), seguida de Bogotá (64), Santander (43), Cartagena de Indias (42), Boyacá (34) y Cesar (26). En comparación con 2025, se observaron incrementos en la incidencia en Casanare, Cartagena de Indias, Boyacá, Santander, Arauca, Vichada, Chocó, Cesar, Bolívar y Norte de Santander, mientras que Bogotá, D.C., Antioquia, Cundinamarca, Huila, Caldas, Nariño y Valle del Cauca registraron una disminución. Estos resultados evidencian una distribución heterogénea de la tos ferina entre las entidades territoriales del país.

La tabla 28 presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia y su respectiva incidencia, en comparación con los datos históricos del período 2019-2026p para la misma semana epidemiológica.

Tabla 28. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 35, 2019 a 2026p

Entidad territorial	Incidencias por 100 000 habitantes								Tendencia	2026
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026		
Colombia	0,5	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	1,3	1,1		608
Antioquia	0,7	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	2,3	1,9		135
Bogotá, D.C.	0,7	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	0,8		64
Santander	0,3	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,3	1,8		43
Cartagena de Indias	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	4,2		42
Boyacá	0,5	0,1	0,1	0,0	0,3	0,0	0,5	2,6		34
Cesar	0,3	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	0,5	1,7		26
Casanare	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8		23
Chocó	0,2	0,2	3,5	0,3	0,0	0,3	2,4	3,2		19
Norte de Santander	1,0	0,1	0,0	0,0	0,3	0,1	0,2	1,1		19
Santiago de Cali	0,1	0,3	0,0	0,0	0,2	0,1	0,6	0,8		19
Bolívar	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,8	1,5		18
Cundinamarca	0,5	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	1,3	0,5		18
Cauca	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,8		13
Risaralda	0,7	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	1,1		11
Barranquilla	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,9		11
Vaupés	110,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	22,5		10
Arauca	1,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,7	3,6		10
Córdoba	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,7	0,5		10
Caldas	0,6	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	2,1	0,8		8
La Guajira	0,0	0,1	0,0	5,9	0,0	0,0	0,8	0,7		8
Meta	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	1,1	0,7		8
Atlántico	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5		8
Magdalena	0,2	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,3	0,7		7
Huila	0,2	0,4	0,0	0,0	0,1	0,3	1,9	0,6		7
Vichada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	3,9		6
Quindío	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,9	1,1		6
Valle del Cauca	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,5	0,3		6
Sucre	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5		5
Santa Marta	0,2	0,2	0,0	1,3	0,7	0,0	0,5	0,5		3
Nariño	0,4	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,4	0,2		3
Putumayo	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5		2
Tolima	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1		2
Amazonas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2		1
Guaviare	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2		1
Buenaventura	0,0	0,0	0,0	0,9	0,6	0,0	0,0	0,3		1
Caquetá	1,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,9	0,5	0,2		1

Fuente: Sivigila 2019 a 2026p. p: dato preliminar sujeto a validación.

*La incidencia de Vaupés en 2019 corresponde a un brote registrado en población indígena de ese año.

Brotes de tos ferina identificados en población indígena por departamento de procedencia, Colombia, 2026p

Con corte a la semana epidemiológica 35 de 2026, se han identificado 41 brotes de tos ferina en población indígena, con un total de 156 casos asociados. De estos, 39 (95,1 %) se encuentran cerrados y dos (4,9 %) permanecen activos y en seguimiento epidemiológico de acuerdo con la fecha de inicio de síntomas. Los brotes que continúan abiertos corresponden a los municipios de Carurú (Vaupés) y Saravena (Arauca).

La tabla 29 presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia en población indígena, así como la fecha de cierre correspondiente de cada brote.

Tabla 29. Brotes de tos ferina, Colombia, 2026p

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		156		
Vaupés	Carurú	1	06/08/2026	17/09/2026
Arauca	Saravena	2	02/08/2026	13/09/2026
Boyacá	Cubará	13	23/07/2026	03/09/2026
Boyacá	Güicán	7	23/07/2026	03/09/2026
Vichada	Cumaribo	6	20/07/2026	31/08/2026
Santander	Cerrito	21	07/07/2026	18/08/2026
Cauca	Toribio	7	04/07/2026	15/08/2026
La Guajira	Maicao	2	19/06/2026	31/07/2026
Vaupés	Papunaua	2	16/06/2026	28/07/2026
Cesar	Agustín Codazzi	6	14/06/2026	26/07/2026
La Guajira	Uribia	1	11/06/2026	23/07/2026
Chocó	Riosucio	5	08/06/2026	20/07/2026
Cesar	Becerril	1	06/06/2026	18/07/2026
Antioquia	Murindó	4	06/06/2026	18/07/2026
Cesar	Valledupar	2	05/06/2026	17/07/2026
Norte de Santander	Toledo	2	26/05/2026	07/07/2026
Vaupés	Mitú	7	21/05/2026	02/07/2026
Cauca	Caldono	3	08/05/2026	19/06/2026

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Chocó	Litoral del Bajo de San Juan	1	27/04/2026	08/06/2026
Casanare	Hato de Corozal	2	23/04/2026	04/06/2026
Chocó	Tadó	2	20/04/2026	01/06/2026
Santander	Concepción	6	20/04/2026	01/06/2026
Chocó	Bagadó	1	20/04/2026	01/06/2026
Antioquia	Urrao	1	11/04/2026	23/05/2026
Casanare	Paz de Ariporo	14	01/04/2026	13/05/2026
Antioquia	Frontino	1	01/04/2026	13/05/2026
Antioquia	Dabeiba	12	28/03/2026	09/05/2026
Chocó	Carmen del Darién	4	10/03/2026	21/04/2026
Chocó	Lloró	1	08/03/2026	19/04/2026
Cauca	Santander de Quilichao	1	03/03/2026	14/04/2026
Caldas	Aranzazu	3	19/02/2026	02/04/2026
Norte de Santander	Chitagá	1	10/02/2026	24/03/2026
Norte de Santander	Cúcuta	3	08/02/2026	22/03/2026
Chocó	Belén de Bajirá	1	06/02/2026	20/03/2026
Cauca	Morales	2	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Mistrató	1	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Pueblo Rico	2	27/01/2026	10/03/2026
Chocó	Unguía	2	26/01/2026	09/03/2026
Putumayo	Orito	1	26/01/2026	09/03/2026
Boyacá	Puerto Boyacá	1	21/01/2026	04/03/2026
Risaralda	Balboa	1	12/01/2026	23/02/2026
Boyacá	Puerto Boyacá	1	21/01/2026	4/03/2026
Risaralda	Balboa	1	12/01/2026	23/02/2026

FIS: fecha de inicio de síntomas
Celdas en gris: brotes de tos ferina que por tiempo ya cerraron
Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2026p.



ALERTAS NACIONALES

Actualización sismo Colombia del 10 de agosto de 2026 y acciones de vigilancia en salud pública. Corte 15 de septiembre de 2026

El sismo de magnitud 7,4 ocurrido el 10 de agosto de 2026, a las 07:34 horas, con epicentro en San José del Palmar (Chocó), continúa generando afectaciones principalmente en la región Pacífica y el Eje Cafetero, especialmente en los departamentos de Chocó, Valle del Cauca, Risaralda, Caldas, Quindío y los distritos de Santiago de Cali y Buenaventura. De acuerdo con el Reporte Situacional No. 078 de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), con corte al 15 de septiembre de 2026, se reportan afectaciones en 500 municipios de 16 departamentos, con 335 fallecidos, 4 516 personas heridas, 105 desaparecidas, 356 personas rescatadas, 303 934 familias y 486 917 personas afectadas. Además, se registran 206 931 viviendas averiadas, 36 478 viviendas destruidas, 402 centros de salud afectados, 4 431 centros educativos afectados, 6 094 centros comunitarios afectados, 531 vías y 182 acueductos afectados.

En materia de vigilancia en salud pública, con corte al 15 de septiembre se han identificado 16 brotes asociados al contexto posterior al sismo. De estos, nueve han sido cerrados y siete continúan en seguimiento, sin registrarse fallecimientos asociados. Los brotes activos corresponden a dos brotes de varicela en Santiago de Cali, un brote de enfermedad diarreica aguda (EDA) en el alojamiento temporal de emergencia (ATE) Coliseo Mayor de Manizales, un brote de parotiditis en Santiago de Cali, un brote de enfermedad transmitida por alimentos (ETA) en Buenaventura, un brote de COVID-19 y un brote de infección respiratoria aguda (IRA) en Armenia. Continúan las actividades de investigación epidemiológica, búsqueda activa de casos, seguimiento de factores de riesgo y monitoreo de las medidas sanitarias implementadas. No se registran brotes activos ni alertas sanitarias asociadas a enfermedades zoonóticas, transmitidas por vectores o infecciones de transmisión sexual (ITS).

En cuanto a los eventos no transmisibles priorizados, continúa el seguimiento a una gestante identificada mediante vigilancia basada en comunidad en el ATE Altos de Santa Elena, Santiago de Cali, quien fue remitida para valoración y seguimiento por su entidad aseguradora tras presentar cifras tensionales elevadas. Los demás eventos priorizados continúan registrando casos notificados; sin embargo, estos no se encuentran asociados a los ATE.



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

Con relación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), las entidades territoriales de Buenaventura, Caldas, Santiago de Cali, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca mantienen un cumplimiento del 100,0 % en los tres niveles del flujo de información: Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD), Unidad Notificadora Municipal (UNM) y Unidad Notificadora Departamental (UND), garantizando la continuidad, oportunidad y calidad de la vigilancia epidemiológica. No obstante, algunas UPGD continúan temporalmente inactivadas debido a afectaciones operativas derivadas del evento sísmico. A la fecha no se identifican afectaciones que comprometan la oportunidad de la notificación ni la capacidad de respuesta frente a los eventos de interés en salud pública asociados a la emergencia.

La Vigilancia Basada en Comunidad (VBC) registra 521 reportes comunitarios relacionados con la emergencia. La mayor concentración se observa en Quindío (185 reportes), Chocó (98), Caldas (84) y Risaralda (61). Durante las últimas 24 horas ingresaron tres nuevos reportes procedentes del municipio de Quimbaya (Quindío), asociados a situaciones de protección infantil y salud mental en población alojada en el ATE Coliseo de Quimbaya. Los reportes incluyen presuntos episodios de maltrato físico y verbal hacia menores de edad, entre ellos una adolescente con discapacidad, así como manifestaciones de ansiedad en una menor de seis años posteriores a las réplicas sísmicas. Estas situaciones se encuentran en proceso de verificación para la eventual activación de rutas de atención y articulación intersectorial.

Respecto a los ATE, se han identificado 113 ATE en los territorios afectados, de los cuales 56 permanecen activos y caracterizados y 57 han sido cerrados. En los ATE activos se han caracterizado 3 088 personas, concentradas principalmente en Chocó (786), Santiago de Cali (724), Risaralda (518) y Quindío (439). El porcentaje de ATE activos corresponde al 49,6 % del total de alojamientos identificados, evidenciando una reducción progresiva de la población albergada y del número de alojamientos operativos conforme avanzan los procesos de recuperación territorial.

Persisten riesgos sanitarios asociados a agua, saneamiento básico e inocuidad alimentaria. De los 56 ATE activos, 15 no cuentan con disponibilidad de agua apta para consumo humano y 13 presentan condiciones regulares o deficientes para la gestión de residuos sólidos. Estas condiciones se concentran principalmente en Valle del Cauca, Chocó, Risaralda y Quindío. Asimismo, continúa la presencia de vectores, plagas y animales de interés sanitario, principalmente zancudos, moscas, roedores, larvas, murciélagos, serpientes y garrapatas, con mayor

concentración en alojamientos de Buenaventura. También persisten limitaciones en las condiciones de preparación, lavado y conservación de alimentos en algunos alojamientos, especialmente en Buenaventura, Villamaría y municipios de Chocó, lo que requiere mantener las acciones de vigilancia sanitaria, saneamiento básico, control integrado de vectores y promoción de buenas prácticas de manipulación de alimentos.

La Red Nacional de Laboratorios mantiene las capacidades operativas para el procesamiento y referencia de muestras en los territorios priorizados, sin cambios frente al reporte anterior. No obstante, continúan identificándose necesidades de fortalecimiento relacionadas con insumos para análisis de calidad del agua en Risaralda y diagnóstico de tuberculosis en Chocó.

Por su parte, la Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión mantiene el monitoreo permanente de la disponibilidad de hemocomponentes en los territorios afectados. Al corte del presente informe no se registran alertas por desabastecimiento y se mantienen inventarios suficientes para responder a las necesidades asistenciales derivadas de la emergencia.

La respuesta continúa enfocada en el monitoreo intensificado de los eventos de interés en salud pública, la investigación epidemiológica de los brotes activos, la vigilancia sanitaria y ambiental en los ATE, el fortalecimiento de las acciones de agua segura y saneamiento básico y el seguimiento permanente mediante el Centro Operativo de Emergencias en Salud Pública (COE-SP), la Sala de Análisis del Riesgo en Salud Pública y la VBC. Debido a la magnitud de las afectaciones y al nivel de riesgo estimado como muy alto, se mantiene activa la respuesta nacional y el seguimiento continuo de la situación.

Fuente: UNGRD, Reporte Situacional No. 078, 15 de septiembre de 2026; Reportes de Situación (SITREP) de las entidades territoriales afectadas; INS, Información del Centro Operativo de Emergencias en Salud Pública (COE-SP), Sala de Análisis del Riesgo en Salud Pública, Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Vigilancia Basada en Comunidad (VBC), herramienta EWARS, Red Nacional de Laboratorios y Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión, corte 15 de septiembre de 2026.

Situación actual de fiebre amarilla nacional, 16 de septiembre de 2026

En 2024, se confirmaron 23 casos de fiebre amarilla, con 13 fallecimientos (letalidad 56,5 %). En 2025 se confirmaron 125 casos procedentes de Colombia y tres (3) procedentes del exterior¹ con 46 fallecimientos (letalidad 36,8 %)².

[1] Se excluyen cinco (5) casos de mortalidad del cálculo de la letalidad, ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla.

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

[3] Se excluye un (1) caso de mortalidad del cálculo de la letalidad, ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla.

Para el 2026, a corte del 15 de septiembre (datos preliminares), se han notificado 1 207 casos probables, 58 confirmados por laboratorio, con fecha de inicio de síntomas entre el 04 de enero hasta el 15 de septiembre de 2026, el 95% procedente de Tolima, el 3,44 %, precedente de Cundinamarca y el 1,56 % procedente de Meta. Se han notificado 28 mortalidades, 27 confirmadas, un (1) caso excluido de la letalidad porque su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla, para una letalidad de 46,55 % (27/58)³.

En el acumulado de 2024 a 2026 (datos preliminares) se confirmaron 206 casos de fiebre amarilla, concentrándose en 11 departamentos: Tolima, Meta, Cundinamarca, Putumayo, Caquetá, Nariño, Vaupés, Caldas, Cauca, Huila y Guaviare. Adicionalmente, se confirmaron tres (3) casos con procedencia del exterior (Venezuela). Con relación a las mortalidades acumuladas 2024 a 2026 (datos preliminares), se han confirmado 86 casos de mortalidades, seis casos excluidos porque su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla, para una letalidad acumulada del 41,74 % (86/206).

Para 2026, los casos confirmados de fiebre amarilla se presentaron en Tolima: Chaparral (21), Icononzo (8), Cunday (7), Ortega (5), Melgar (5), Carmen de Apicalá (2), Rioblanco (2), Purificación (2), Suárez (1), Dolores (1), Planadas (1). En Meta, un (1) caso de procedencia Villavicencio y dos (2) en Cundinamarca del municipio de Paratebuena.

Durante el periodo comprendido entre el 09 y el 15 de septiembre de 2026, no se han confirmado casos de fiebre amarilla en humanos.

Respecto a las epizootias, durante 2026 (datos preliminares) se han confirmado 32 casos de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH). El último caso se confirmó el 04 de septiembre de 2026 por el Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud en zona rural del municipio de Icononzo.

Nota aclaratoria: semana epidemiológica 53 (28 de diciembre al 03 enero de 2026) y semana epidemiológica 01 (04 al 10 enero de 2026). Los casos de eventos transmitidos por vectores en la semana epidemiológica se calculan según fecha de inicio de síntomas.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional – INS. Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta de Temprana.

Actualización de situación de sarampión a nivel nacional, 15 de septiembre de 2026.

Con corte al 15 de septiembre de 2026, se han notificado 1 942 casos sospechosos de sarampión en el país, de estos, 1 781 han sido descartados, 146 casos permanecen en estudio, en Bogotá, D.C. (68), Antioquia (34), Huila (8), Norte de Santander (7), Nariño (5), Cesar y Tolima (3) cada uno; Boyacá, Caldas, Cali, Casanare y Sucre (2) cada uno, Barranquilla, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Meta, Risaralda, Santa Marta y Valle del Cauca un (1) caso cada uno. Se han confirmado 15 casos, de estos, nueve (9) son importados y seis (6) relacionados a la importación, no se han reportado complicaciones ni defunciones y se han cerrado ocho (8) brotes. En cuanto a la caracterización genética, seis (6) casos fueron genotipo D8. En respuesta a esta situación, se mantiene la activación del Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública (COE-SP) y las Salas de Análisis del Riesgo (SAR) departamentales.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo, Instituto Nacional de Salud (INS), Colombia, 15 de septiembre de 2026.

Seguimiento a incendios de cobertura vegetal en Colombia. Corte al 16 de septiembre de 2026

Persisten en el país condiciones de altas temperaturas que han favorecido la ocurrencia y propagación de incendios de cobertura vegetal en diferentes regiones, principalmente en las regiones Andina y Pacífica. Esta situación coincide con la consolidación del Fenómeno El Niño (FEN), de acuerdo con el Comunicado Especial No. 087 emitido por el IDEAM el 13 de agosto de 2026.

Entre agosto y el 09 de septiembre de 2026, los reportes de incendios de cobertura vegetal se han concentrado en los departamentos de Tolima y Cundinamarca, con 24 municipios cada uno, equivalentes individualmente al 20,3 % del total registrado. En conjunto, ambos departamentos suman 48 municipios afectados, lo que representa el 40,6 % de la muestra analizada.

En un segundo nivel de afectación se encuentra Nariño, con 11 municipios afectados (9,3 %), seguido de Antioquia, con (9) municipios (7,6 %). A continuación, Norte de Santander y Santander registran (8) municipios afectados cada uno (6,8 %), mientras que Valle del Cauca y Boyacá reportan (7) municipios afectados cada uno, equivalentes al 5,9 % del total.

Por su parte, los departamentos con menor número de municipios afectados son Cesar y Huila, con (4) municipios cada uno (3,4 %); Cauca y La Guajira, con (3) municipios cada uno (2,5 %) y Caldas y Quindío, con (2) municipios afectados cada uno (1,7 %). Finalmente, Meta y Vichada presentan el menor nivel de afectación, con (1) municipio afectado cada uno, lo que representa el 0,8 % del total.

En respuesta a esta situación, el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Circular Externa Conjunta 023 del 10 de julio de 2026, insta a reforzar las acciones de vigilancia, prevención y atención en salud, priorizando a la población en mayor condición de vulnerabilidad y fortaleciendo el monitoreo epidemiológico, territorial y ambiental mediante la Sala de Análisis de Riesgo Ambiental (SARA), el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) y la Vigilancia de Factores de Riesgos Ambientales.

De acuerdo con lo reportado por la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), con corte al 15 septiembre de 2026, permanecen activos (8) incendios de cobertura vegetal (disminución del 44,4% con respecto al corte del BES SE 35) en (6) departamentos (disminución del 25%), mientras 10 incendios se encontraban controlados.

Por su parte, el IDEAM en su último Boletín de Pronóstico de la Amenaza por Incendios de la Cobertura Vegetal No. 259 (16/09/2026, 12:00 HCL), reporto alerta alta en 65 municipios de 7 departamentos: Tolima (32 municipios), Nariño (13 municipios), Cundinamarca (12 municipios), Huila (4 municipios), Atlántico (2 municipios), Bogotá y Magdalena (1 municipio cada uno). De igual forma, la afectación territorial presentó una disminución de 14 a 7 departamentos, equivalente a una disminución del 50%.

Respecto a la calidad del aire, aunque a la fecha no se registraron reportes de deterioro en los departamentos afectados, la persistencia de incendios activos y las condiciones ambientales favorables para su propagación, hacen necesario mantener el monitoreo continuo de los posibles efectos sobre la salud de la población.

En relación con los eventos de interés en salud pública (EISP) priorizados para el seguimiento de esta situación, a la SE 35 de 2026, se observan aumentos inusuales en los eventos de infección respiratoria aguda (IRA), con incremento en consulta externa y urgencias en 13 entidades territoriales (Antioquia, Boyacá, Caldas, Cauca, Cesar, Cundinamarca, Huila, La Guajira, Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Tolima y Valle del Cauca), hospitalizaciones en sala general en 11 (Antioquia, Boyacá, Caldas, Cauca, Cesar, Huila, Magdalena, Nariño,

Norte de Santander, Tolima y Valle del Cauca) y hospitalizaciones - UCI en 5 (Antioquia, Boyacá, Cundinamarca, Nariño y Valle del Cauca).

Asimismo, se observaron aumentos inusuales de intoxicaciones por humo en Cundinamarca y Tolima. En este contexto, entre el 6 y el 7 de septiembre se registró un conglomerado de intoxicaciones por humo en el corregimiento de Payandé, municipio de San Luis (Tolima), asociado a la exposición derivada de un foco activo de incendio forestal cercano a esta población.

Con base en la información ambiental y epidemiológica disponible, el Instituto Nacional de Salud determinó que los incendios evaluados durante la SE 36 de 2026 presentaron un nivel de riesgo bajo en los departamentos de Antioquia, Boyacá, Caldas, Cauca, Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Santander y Tolima. Por su parte, los eventos registrados en los municipios de La Estrella (Antioquia) y Yumbo (Valle del Cauca) fueron clasificados con un nivel de riesgo muy bajo.

Fuente: Circular Externa Conjunta 023 del 10 de julio de 2026, Ministerio de Salud y Protección Social; Reporte incendios forestales en seguimiento de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), 08 de septiembre de 2026, 7:30 HCL; Boletín N°252 de Pronóstico de la amenaza por incendios de la cobertura vegetal del Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), 09 de septiembre de 2026, 12:00 HCL.

ALERTAS INTERNACIONALES

Actualización sobre el brote de la enfermedad por el virus de Bundibugyo en República Democrática del Congo (RDC). Instituto Nacional de Salud Pública de RDC. Fecha de publicación: 14 de septiembre de 2026.

Con corte a 13 de septiembre la República Democrática del Congo ha confirmado 7 258 casos de ébola, incluidas 3510 fallecimientos, lo que representa una letalidad del 48,4%. La provincia de Ituri se mantiene como el foco principal del brote con el 78% del total de los casos confirmados para el país. A la fecha siete provincias con 62 zonas de salud se han visto afectadas por el brote.

El riesgo de propagación en la República Democrática del Congo sigue siendo muy alto, y es alto para países que comparten frontera terrestre. El riesgo es considerado bajo para el resto de los países africanos y a nivel mundial. Los brotes en Uganda y Francia ya se encuentran cerrados.

Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública de RDC. SitRep N°122/MVEBDB/13/09/2026. Fecha de publicación: 15 de septiembre de 2026. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2026. Disponible en: <https://insp.cd/sitrep-n122-mvebdb-13-09-2026/>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 36 de 2026

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 36

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 nexa epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexa epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexa epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexa epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexa epidemiológico		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	37	1	0	403	36	50	678	19	113	100	6	22	1	0	1	17	2	0	1	0	0
Antioquia	405	8	7	15569	1412	1716	2974	282	446	1088	118	156	28	4	3	1566	174	175	211	64	9
Arauca	90	2	2	766	59	80	2239	109	387	688	27	90	30	1	11	43	6	1	1	2	0
Atlántico	64	3	2	3165	285	324	2816	220	536	1225	128	224	19	7	1	44	5	4	3	1	0
Barranquilla D.E.	11	0	1	3612	277	397	2438	180	286	1102	99	135	21	4	3	77	8	9	4	3	0
Bogotá D.C.	1	0	0	17880	1824	2137	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3205	351	419	75	19	14
Bolívar	187	10	1	2156	213	224	7075	293	1065	2895	149	462	97	7	9	345	35	60	3	0	0
Boyacá	57	2	0	5243	512	547	225	21	30	105	9	11	4	0	3	529	57	60	4	1	0
Buenaventura D.E.	15	0	0	102	11	10	118	30	20	42	13	10	1	0	0	27	3	2	0	0	0
Caldas	50	2	0	3194	299	380	141	16	9	59	9	4	0	0	0	97	11	10	4	2	0
Santiago de Cali D.E.	8	0	0	4130	412	462	1025	562	109	378	226	40	4	7	1	463	50	57	3	62	0
Caquetá	124	5	4	892	94	89	400	42	12	208	20	7	11	0	1	63	8	1	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	19	0	0	1937	143	202	2911	303	206	568	137	45	31	9	5	425	43	83	1	0	0
Casanare	117	3	3	1639	133	171	3302	98	434	989	40	128	21	1	4	68	7	10	1	3	0
Cauca	87	1	1	4645	448	433	176	52	34	56	19	9	7	1	2	695	78	59	4	3	0
Cesar	189	6	5	2414	202	321	6056	260	396	3410	163	180	46	6	7	70	8	7	1	1	0
Chocó	158	4	5	259	21	27	843	88	132	179	17	19	6	1	0	63	7	6	0	0	0
Córdoba	259	8	5	3999	383	387	2605	364	272	1131	179	142	12	4	2	202	22	11	1	1	0
Cundinamarca	69	2	2	11923	1086	1347	1329	136	267	499	66	101	14	1	2	871	93	130	13	7	3
Guainía	6	0	0	202	13	25	9	4	3	2	1	1	0	0	0	21	2	2	1	0	0
Guaviare	55	2	0	299	65	40	554	28	149	133	8	21	3	0	1	28	3	3	0	0	0
Huila	103	4	5	5245	381	564	965	161	132	371	63	45	45	5	5	304	35	22	7	2	0
La Guajira	101	4	3	1820	246	183	3076	110	51	1653	77	30	53	2	0	79	9	9	3	1	0
Magdalena	112	4	1	1862	188	179	4682	122	521	2330	82	249	33	2	5	42	5	3	1	3	0
Meta	199	5	3	3422	326	369	12739	354	1319	3779	126	357	110	2	10	160	18	20	7	10	0
Nariño	97	2	1	5854	537	634	581	68	75	230	23	29	4	1	0	183	20	25	3	1	1
Norte de Santander	246	6	4	5629	481	653	5059	321	797	1912	158	261	69	5	2	252	29	13	19	29	0
Putumayo	99	1	1	1461	137	149	349	48	65	94	13	15	7	0	3	148	18	10	0	0	0
Quindío	10	0	0	2580	231	273	326	23	73	85	9	19	8	0	3	67	7	9	1	2	0
Risaralda	49	1	1	3490	326	417	149	21	21	59	9	9	2	0	0	139	14	27	14	4	0
Archipielago de San Andrés y Providencia	0	0	0	277	28	32	36	6	12	13	3	4	0	0	0	9	1	1	1	0	0
Santa Marta D.T.	30	0	1	1532	130	177	2028	61	62	911	38	31	7	1	1	26	3	4	1	1	0
Santander	143	4	3	6426	548	750	5492	462	839	2124	204	333	35	6	6	207	22	22	70	7	6
Sucre	70	3	3	2176	197	202	1605	234	380	762	145	177	14	5	3	88	10	4	2	0	0
Tolima	108	1	1	5913	525	668	2478	354	452	811	156	166	34	4	7	146	16	13	4	2	0
Valle del Cauca	56	2	1	7181	636	800	1508	307	349	537	121	133	14	2	5	323	35	30	3	12	1
Vaupés	32	1	0	167	17	12	66	1	19	6	0	1	0	0	0	40	5	2	1	0	0
Vichada	37	0	1	176	24	15	90	19	19	25	6	5	0	0	0	23	3	1	0	0	0
Total nacional	3.500	97	67	139.640	12.885	15.446	79.143	5.779	10.092	30.559	2.667	3.671	791	88	106	11.155	1.222	1.324	468	244	34

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 36

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 nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	16	1	3	19	2	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	10	1	0	0	0	0
Antioquia	2835	327	327	507	68	61	14	2	0	5	2	0	88	9	3	499	54	71	203	19	14
Arauca	64	4	8	108	9	11	0	0	0	0	0	0	6	1	0	39	4	5	3	0	3
Atlántico	442	54	68	77	9	9	2	0	0	0	0	0	47	5	7	121	14	10	7	0	0
Barranquilla D.E.	466	61	59	57	7	5	2	0	0	1	0	0	50	5	5	174	17	20	16	1	8
Bogotá D.C.	3335	330	422	271	32	27	7	2	1	14	3	3	121	9	17	805	81	83	287	32	28
Bolívar	211	28	29	100	11	16	1	1	0	3	0	0	25	1	4	128	11	24	8	0	0
Boyacá	337	45	44	109	17	8	0	1	0	0	0	0	19	3	4	82	7	6	27	2	5
Buenaventura D.E.	20	4	2	16	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	19	0	3	1	0	1
Caldas	409	51	42	131	13	13	0	0	0	0	0	0	16	2	3	67	7	13	16	2	2
Santiago de Cali D.E.	850	91	93	109	15	10	5	1	1	2	0	0	36	2	2	208	20	32	11	2	0
Caquetá	58	8	7	79	12	3	0	0	0	1	0	1	6	1	1	44	4	4	2	0	0
Cartagena de Indias D.T.	286	29	32	37	4	6	0	0	0	1	0	1	16	1	2	50	8	5	3	1	0
Casanare	96	12	17	66	8	12	0	0	0	0	0	0	6	1	0	33	3	4	28	0	0
Cauca	231	30	30	220	26	21	1	0	0	1	0	0	16	1	2	79	11	15	7	2	2
Cesar	250	28	33	135	15	10	2	0	0	1	0	0	34	4	1	111	11	14	13	1	4
Chocó	33	3	4	49	4	2	2	1	0	0	0	0	7	0	0	31	4	2	0	0	0
Córdoba	421	54	45	229	24	20	8	1	1	2	0	1	56	5	2	204	23	30	15	2	1
Cundinamarca	986	107	116	248	22	34	11	2	1	2	0	0	43	4	6	197	18	16	146	6	21
Guainía	5	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0
Guaviare	12	3	1	24	3	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	15	2	1	0	0	0
Huila	297	31	35	225	27	28	1	0	0	2	0	0	26	2	4	119	9	24	12	1	1
La Guajira	122	15	17	84	8	6	1	0	0	0	0	0	26	3	6	75	9	4	9	2	4
Magdalena	155	16	17	61	8	11	0	0	0	0	0	0	12	2	2	52	8	6	2	1	0
Meta	260	28	55	157	21	21	0	1	0	0	0	0	33	2	3	132	13	17	9	1	0
Nariño	487	60	70	233	28	20	9	0	1	3	0	0	23	3	2	145	17	20	19	3	2
Norte de Santander	446	50	59	260	27	39	0	0	0	0	0	0	37	4	6	173	17	14	19	4	3
Putumayo	78	9	11	123	16	14	0	0	0	0	0	0	17	3	1	63	5	7	4	0	1
Quindío	206	32	20	58	7	3	1	0	0	0	0	0	6	1	0	82	8	13	11	1	1
Risaralda	415	58	41	100	13	9	6	0	0	1	0	0	21	3	3	103	12	11	7	5	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	14	2	2	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	167	19	17	24	2	2	0	0	0	0	0	0	11	0	1	20	2	4	11	0	1
Santander	685	71	67	201	33	14	2	0	0	1	0	0	56	5	6	154	15	15	23	3	3
Sucre	190	24	19	76	10	12	1	0	0	0	0	0	19	1	3	102	7	16	6	1	0
Tolima	365	49	29	193	31	26	4	1	1	1	0	0	14	2	0	92	9	7	58	0	54
Valle del Cauca	594	67	80	146	28	14	20	2	3	1	1	0	82	3	4	168	20	14	27	0	0
Vaupés	8	1	1	16	1	4	1	0	0	0	0	0	3	0	0	7	0	1	0	0	0
Vichada	7	1	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	0	0	0
Total nacional	15.859	1.802	1.926	4.558	562	497	103	17	9	42	7	6	981	90	100	4.416	454	532	1.010	93	159

43

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 36

Decremento
Incremento

	Intoxicaciones por sustancias psicoactivas			IRAG inusitado			Lesiones de Causa Externa			Lesiones por artefactos explosivos			Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias		
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 clínica			Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1744	243	124	2	2	0	4419	546	526
Antioquia	861	91	89	63	7	3	367	17	36	85	91	9	6780	846	797	191	26	42	678973	79267	64412
Arauca	7	0	0	25	4	1	3	1	3	2	5	0	172	7	16	6	1	0	16858	2546	1977
Atlántico	91	12	6	9	2	0	4	1	4	16	20	0	2	0	2	5	3	0	104247	13338	14183
Barranquilla D.E.	212	19	18	20	2	0	8	3	8	15	6	0	0	0	0	15	10	2	148676	19677	17894
Bogotá D.C.	1948	179	244	2	0	0	247	9	30	26	51	2	0	0	0	143	40	26	1098588	134618	131800
Bolívar	61	17	6	3	1	0	1	1	1	66	56	1	1548	106	153	21	4	4	92579	12499	8811
Boyacá	35	7	5	2	0	0	2	1	2	13	26	2	171	0	10	27	6	6	86507	12862	9535
Buenaventura D.E.	2	0	0	0	0	0	0	1	0	2	5	0	1333	185	208	13	3	3	7304	862	1019
Caldas	99	16	8	21	2	0	8	16	8	5	19	0	8	2	0	23	2	8	56484	7079	4645
Santiago de Cali D.E.	218	45	29	79	3	0	90	8	6	5	10	0	2	1	0	80	10	13	159793	19914	12256
Caquetá	22	1	0	5	1	0	4	3	4	1	5	0	276	11	10	18	3	4	23124	3329	1877
Cartagena de Indias D.T.	21	11	2	2	1	0	3	3	3	8	5	0	2	0	0	16	4	5	120556	18792	13701
Casanare	34	3	2	7	1	1	0	1	0	4	4	0	28	1	1	8	1	1	18348	2909	2056
Cauca	35	7	4	12	1	0	13	2	13	55	70	8	1735	241	208	37	3	8	69046	10112	6136
Cesar	78	9	6	28	5	0	3	2	3	13	29	3	14	2	2	39	4	13	75033	11509	7041
Chocó	4	3	0	2	1	0	6	0	6	13	15	0	20636	2272	3426	16	3	2	17415	2205	1390
Córdoba	202	31	21	3	0	0	2	1	2	10	37	2	3780	853	417	23	3	12	144695	19218	16182
Cundinamarca	237	22	22	6	0	1	10	4	10	19	58	2	0	0	0	60	7	11	242854	29928	26027
Guainía	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2569	393	317	0	0	0	1244	237	121
Guaviare	78	3	7	0	0	0	0	1	0	2	2	0	1083	94	142	3	1	2	4570	608	566
Huila	91	18	9	27	5	0	8	3	8	27	41	4	0	0	0	25	6	5	58156	10164	5952
La Guajira	25	2	2	9	2	0	0	1	0	15	26	1	14	2	1	11	2	4	194944	16363	24882
Magdalena	16	3	2	4	1	0	0	0	0	24	28	1	10	1	2	14	3	6	88438	9056	8875
Meta	128	15	19	17	3	0	15	12	15	5	12	1	1302	36	118	12	4	4	62017	7618	7215
Nariño	167	23	20	8	1	0	21	7	21	44	142	5	2773	782	271	62	9	17	81051	12041	8024
Norte de Santander	96	10	16	4	0	0	25	6	25	71	82	9	761	114	121	68	8	18	110780	12192	8409
Putumayo	22	4	4	4	0	0	5	2	5	5	18	0	60	4	3	6	2	1	28235	2636	2899
Quindío	206	14	18	3	0	0	11	4	11	2	8	1	3	2	1	9	3	0	34993	5591	2829
Risaralda	101	14	12	10	0	0	3	2	3	6	9	0	1998	353	177	52	4	7	73185	9392	3993
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	0	2	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	2	1	1	4297	667	439
Santa Marta D.T.	20	4	1	0	0	0	2	2	2	9	4	1	0	0	0	12	2	5	40215	5217	4239
Santander	116	11	23	6	0	0	3	1	3	28	46	6	14	1	0	108	8	35	178015	18692	16782
Sucre	27	2	9	1	0	0	0	0	0	23	14	2	41	8	9	19	2	6	70085	9173	7388
Tolima	78	9	5	17	1	1	12	5	12	19	42	1	17	0	2	14	2	2	96394	11614	9344
Valle del Cauca	484	42	39	40	5	1	11	7	11	5	36	1	19	8	3	30	6	3	94399	12078	7427
Vaupés	4	0	0	9	1	1	0	0	0	0	0	0	1028	235	336	7	1	1	4414	525	490
Vichada	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1370	112	73	2	1	0	2076	392	335
Total nacional	5.837	647	651	449	50	9	889	48	85	644	1.021	62	51.295	7.005	6.696	1.199	198	270	4.393.007	545.466	461.677

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 36

Decremento
Incremento

	Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Morbilidad Materna Extrema			Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda			Parotiditis		
Tipo de casos incluidos para el análisis	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			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	81	14	1	0	0	0	2073	320	208	61	48	61	12	13	12	1	0	1	0	0	0
Antioquia	26707	2995	2361	2766	716	487	287985	32879	35864	2705	2367	2705	532	583	532	9	9	0	413	54	36
Arauca	2186	203	442	40	7	15	5809	659	585	134	113	134	38	43	38	2	1	0	22	1	2
Atlántico	2556	334	349	1606	294	221	42296	4273	5047	850	779	850	90	158	90	2	3	0	56	5	5
Barranquilla D.E.	8221	534	1129	997	281	254	53721	5679	5590	1054	1171	1054	135	190	135	1	2	0	128	9	11
Bogotá D.C.	50559	5158	4505	6454	1460	1265	537074	57449	72091	4608	3507	4608	521	547	521	16	10	0	1062	113	127
Bolívar	2258	289	207	303	98	52	21689	2511	1960	755	695	755	146	155	146	6	3	0	30	2	1
Boyacá	5027	491	514	299	86	79	34694	3749	4640	591	421	591	79	97	79	4	2	1	125	16	22
Buenaventura D.E.	34	8	4	8	2	0	2256	303	205	81	91	81	40	56	40	0	1	0	1	0	0
Caldas	2352	267	148	912	167	153	22736	2550	2622	448	414	448	58	68	58	2	1	0	31	7	2
Santiago de Cali D.E.	4578	516	431	433	67	64	73223	9292	6414	1374	1143	1374	185	206	185	1	3	0	98	20	8
Caquetá	1675	160	109	21	10	8	10871	1364	1021	175	158	175	35	44	35	0	1	0	22	2	2
Cartagena de Indias D.T.	8433	448	841	1303	281	310	36888	3965	4567	901	761	901	110	163	110	0	2	0	44	5	3
Casanare	302	83	28	109	16	19	7625	898	738	258	236	258	33	53	33	2	1	0	38	2	1
Cauca	3189	180	236	159	74	36	26097	5128	2670	795	706	795	136	169	136	2	3	0	43	8	5
Cesar	3906	709	421	286	104	66	17229	2242	1655	940	604	940	158	186	158	1	4	0	61	4	2
Chocó	934	149	88	28	5	5	12168	1010	1082	216	200	216	103	124	103	0	1	0	3	0	0
Córdoba	7623	665	703	1328	303	343	32522	3984	2824	740	778	740	182	266	182	3	4	0	129	14	9
Cundinamarca	11149	1023	934	762	290	154	115107	12489	13646	1827	1280	1827	254	280	254	4	6	0	292	33	43
Guainía	75	22	8	0	0	0	1105	120	109	37	16	37	16	13	16	0	0	0	0	0	0
Guaviare	802	44	111	51	7	14	3157	227	347	38	22	38	7	11	7	1	0	0	5	1	0
Huila	3756	378	435	481	112	120	27977	4045	3293	675	569	675	113	124	113	6	3	0	106	13	12
La Guajira	2722	558	258	472	47	50	29936	3960	3537	1146	931	1146	202	276	202	0	3	0	25	2	3
Magdalena	3000	281	400	21	6	7	24761	2885	2380	523	494	523	84	129	84	1	2	0	19	2	2
Meta	2526	234	289	177	102	42	32851	3856	3456	380	276	380	97	125	97	5	2	0	50	7	4
Nariño	5737	399	743	141	49	32	33670	5171	3778	1330	885	1330	113	139	113	7	3	0	93	13	10
Norte de Santander	7709	720	630	652	152	117	38002	5002	4166	847	446	847	118	156	118	3	3	0	130	14	13
Putumayo	1070	109	141	38	5	8	10208	1026	1069	383	246	383	23	41	23	3	1	0	37	3	5
Quindío	1905	220	105	355	64	52	22601	2672	2314	148	97	148	40	42	40	0	1	0	39	5	0
Risaralda	2311	306	127	224	65	29	27755	3429	2306	408	443	408	74	73	74	2	1	0	38	5	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	529	83	39	14	0	5	1846	273	310	10	13	10	5	9	5	0	0	0	4	0	0
Santa Marta D.T.	2583	228	224	588	137	112	14325	1340	1534	434	356	434	62	65	62	1	1	0	13	0	3
Santander	12382	1285	1412	1828	398	409	67975	6575	7678	781	559	781	114	156	114	3	3	0	53	8	4
Sucre	5181	719	470	719	265	175	18265	2456	2056	421	413	421	99	129	99	2	2	0	39	5	4
Tolima	6700	486	551	338	75	77	43738	4437	5253	678	611	678	72	107	72	5	2	0	33	6	6
Valle del Cauca	2611	265	185	755	117	95	50239	5496	5253	733	635	733	119	142	119	3	4	0	105	12	8
Vaupés	97	15	14	0	2	0	1956	124	167	37	23	37	6	10	6	0	0	0	3	0	0
Vichada	6	3	2	1	0	1	1157	146	126	73	42	73	28	26	28	0	0	0	0	0	0
Total nacional	203.472	20.581	19.595	24.669	5.857	4.876	1.793.587	203.985	212.561	27.595	22.549	27.595	4.239	5.173	4.239	101	81	2	3.390	415	355

45

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 36

Decremento
Incremento

	Síndrome de Rubéola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19			Infecciones asociadas a dispositivos IAD			Infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos IAPMQ		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio			Confirmados por clínica, Confirmados por laboratorio			Confirmados por clínica, Confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	1	1	0	6	0	0	75	3	10	1	0	0	0	0	0	2	0	0
Antioquia	13	5	0	1017	53	23	1936	211	178	293	51	39	523	70	71	478	62	38
Arauca	0	1	0	36	2	1	137	16	48	48	27	7	9	1	0	15	1	0
Atlántico	0	0	0	23	2	5	578	82	68	31	2	2	39	5	6	112	4	14
Barranquilla D.E.	1	0	0	46	4	6	736	75	62	76	10	6	177	36	16	74	17	0
Bogotá D.C.	636	4	24	955	77	54	3488	400	360	1365	299	207	720	95	93	603	75	60
Bolívar	2	0	0	26	3	1	324	42	29	15	0	1	6	1	1	91	8	6
Boyacá	14	1	0	123	3	6	530	61	50	159	41	26	69	12	6	55	9	9
Buenaventura D.E.	0	1	0	3	0	0	24	1	2	1	1	0	3	0	1	0	1	0
Caldas	2	1	0	20	1	0	331	27	22	13	3	2	152	15	15	41	5	5
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	33	2	0	721	80	42	83	4	8	406	49	42	86	28	0
Caquetá	1	0	0	4	0	1	166	14	19	5	2	1	12	2	1	10	2	1
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	54	2	4	336	63	27	30	1	0	108	18	10	41	12	0
Casanare	0	0	0	46	0	1	182	20	29	16	4	6	14	3	2	11	3	2
Cauca	2	0	0	31	1	2	206	21	24	83	19	17	64	15	8	47	6	4
Cesar	0	0	0	68	2	1	498	31	33	17	2	0	302	53	18	69	10	5
Chocó	0	1	0	108	6	1	19	5	0	10	1	1	0	0	0	6	2	0
Córdoba	0	0	0	16	2	1	936	149	91	42	4	5	162	24	8	79	12	6
Cundinamarca	222	2	11	165	18	8	1747	162	180	242	54	36	64	12	3	128	16	9
Guainía	1	1	0	3	0	1	17	1	2	2	1	1	0	0	0	5	0	0
Guaviare	1	1	0	2	0	0	29	6	1	7	1	3	0	0	0	27	4	5
Huila	11	1	1	32	4	1	433	44	57	20	6	6	107	15	11	27	1	0
La Guajira	0	0	0	32	1	1	314	30	40	20	4	1	33	1	4	55	6	5
Magdalena	0	1	0	18	1	2	254	28	20	4	1	0	0	0	0	48	5	6
Meta	12	1	1	109	8	3	326	58	43	30	6	3	63	8	9	48	4	3
Nariño	2	1	0	63	5	4	600	63	88	21	4	0	87	12	11	64	9	6
Norte de Santander	0	0	0	98	5	2	1112	90	75	57	27	5	125	27	12	108	16	12
Putumayo	1	1	0	21	1	1	119	18	19	14	2	3	3	3	0	17	2	2
Quindío	1	1	0	19	1	0	238	25	15	43	9	10	35	7	1	59	5	6
Risaralda	1	1	0	78	3	0	347	44	19	17	2	2	27	3	3	35	5	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	1	0	3	0	0	66	5	15	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Santa Marta D.T.	0	1	0	14	10	1	177	13	6	8	1	1	81	13	1	16	4	0
Santander	1	0	0	166	10	2	808	75	91	87	15	9	136	28	8	90	12	4
Sucre	3	1	0	31	12	4	396	67	67	29	2	1	111	13	18	45	5	6
Tolima	7	1	0	21	2	0	484	71	51	34	5	6	87	14	14	33	12	5
Valle del Cauca	1	0	0	12	1	0	744	87	60	33	7	9	26	7	1	151	7	14
Vaupés	1	1	0	105	3	2	24	0	9	3	1	0	0	0	0	3	0	0
Vichada	4	1	0	26	1	0	73	1	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Total nacional	941	21	37	3.633	240	139	19.531	2.075	1.954	2.961	619	424	3.751	559	394	2.632	365	235

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 36

Decremento
 Incremento

	Cáncer en menores de 18 años		Chagas agudo		Chagas crónico		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio/Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	2	0	0	0	1	3	0	0	43	34	0	0	0	0
Antioquia	137	125	1	1	3	5	0	0	1580	1909	1	1	0	1
Arauca	9	3	1	0	49	31	0	0	199	127	0	1	0	0
Atlántico	21	21	1	0	0	0	0	0	298	242	0	0	0	0
Barranquilla D.E.	22	20	0	0	0	0	0	1	182	151	0	0	0	0
Bogotá D.C.	217	178	1	0	5	0	0	0	2316	1814	3	2	0	1
Bolívar	25	30	0	2	4	7	0	0	361	423	0	1	0	0
Boyacá	30	28	2	0	92	168	0	0	363	408	0	0	0	1
Buenaventura D.E.	6	4	0	0	0	0	0	0	114	95	0	0	0	0
Caldas	18	21	0	0	1	0	0	0	137	137	0	0	0	1
Santiago de Cali D.E.	60	40	0	0	0	0	0	0	357	353	0	0	0	0
Caquetá	13	8	0	0	1	0	0	0	136	100	0	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	35	33	0	0	0	0	0	0	261	414	0	0	0	0
Casanare	14	11	7	0	84	155	0	0	235	165	0	0	0	0
Cauca	38	37	0	0	0	0	0	0	231	249	0	0	0	0
Cesar	25	24	3	0	64	54	0	0	569	725	1	0	0	0
Chocó	11	10	0	0	2	3	0	0	624	664	0	0	0	0
Córdoba	42	17	1	2	1	2	0	0	414	452	0	0	0	0
Cundinamarca	77	65	1	0	60	5	0	0	933	858	0	0	0	0
Guainía	1	2	0	0	0	0	0	0	41	19	0	0	0	0
Guaviare	2	3	0	0	2	3	0	0	71	49	0	0	0	0
Huila	34	38	0	0	1	0	0	0	321	283	0	0	0	0
La Guajira	17	23	0	0	24	26	0	0	1434	1173	0	0	0	0
Magdalena	15	7	0	0	2	1	0	0	467	464	0	0	0	0
Meta	35	29	1	0	7	4	0	0	317	333	0	0	0	0
Nariño	35	34	0	0	0	1	0	0	494	561	0	0	0	0
Norte de Santander	43	38	1	1	43	56	0	0	509	424	2	0	0	0
Putumayo	10	8	0	0	2	2	0	0	143	131	0	0	0	0
Quindío	11	9	0	0	0	0	0	0	75	70	0	0	0	0
Risaralda	22	23	0	0	1	0	0	0	307	380	0	0	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	0	0	0	0	0	0	7	11	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	13	7	0	0	0	0	0	0	89	122	0	0	0	0
Santander	66	70	3	0	78	148	0	0	350	352	0	1	0	0
Sucre	20	17	1	0	0	1	0	0	204	302	1	2	0	0
Tolima	37	27	1	0	7	13	0	0	261	266	0	0	0	0
Valle del Cauca	40	48	0	0	1	0	0	0	362	431	0	0	0	0
Vaupés	1	0	0	0	1	3	0	0	44	20	0	0	0	0
Vichada	4	5	0	0	1	5	0	0	209	159	0	0	0	0
Total nacional	1.212	1.063	26	6	536	696	0	1	15.060	14.870	6	8	0	4

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 36

Decremento
Incremento

	Hepatitis B, BD		Hepatitis C		Enfermedades huérfanas		Fiebre amarilla		Intento de Suicidio		Leishmaniasis Cutanea		Leptospirosis	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica y por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	15	18	1	2	4	6	0	0	57	63	11	8	0	0
Antioquia	203	233	165	297	2510	3046	0	0	3830	4192	795	459	20	7
Arauca	22	84	2	3	17	28	0	0	123	159	15	10	0	0
Atlántico	40	31	20	22	85	91	0	0	679	681	1	3	2	0
Barranquilla D.E.	51	32	30	44	174	159	0	0	664	702	0	0	5	2
Bogotá D.C.	222	343	326	449	1897	2672	0	0	3837	4376	0	0	2	0
Bolívar	21	29	3	4	73	72	0	0	413	393	295	281	2	0
Boyacá	16	48	9	15	238	249	0	0	761	692	136	76	0	0
Buenaventura D.E.	7	5	1	4	28	18	0	0	70	72	14	22	1	1
Caldas	37	46	8	18	264	282	0	0	841	872	148	73	1	0
Santiago de Cali D.E.	64	62	98	107	767	655	0	0	1226	1424	1	0	3	2
Caquetá	22	18	2	3	31	21	0	0	177	149	191	118	7	1
Cartagena de Indias D.T.	25	21	12	12	232	154	0	0	407	440	1	1	7	1
Casanare	27	84	4	4	27	49	0	0	214	212	6	6	0	1
Cauca	43	53	9	10	195	222	0	0	609	637	40	17	1	1
Cesar	41	62	6	9	82	81	0	0	420	421	152	245	2	0
Chocó	28	36	2	2	47	50	0	0	88	127	178	139	1	0
Córdoba	68	51	4	14	167	146	0	0	759	823	143	92	2	3
Cundinamarca	79	110	36	52	420	629	0	2	1670	2086	143	74	1	0
Guainía	3	1	0	0	3	3	0	0	22	21	13	8	0	0
Guaviare	35	44	1	1	6	11	0	0	42	46	228	130	0	0
Huila	36	60	6	10	138	135	0	0	591	607	7	10	2	0
La Guajira	26	28	3	1	36	64	0	0	220	263	20	23	0	0
Magdalena	23	15	2	3	21	30	0	0	271	290	6	9	1	0
Meta	25	52	6	14	84	140	1	1	515	475	144	82	1	0
Nariño	57	76	7	14	174	184	0	0	1046	1075	169	85	1	2
Norte de Santander	121	196	22	15	224	178	0	0	802	916	163	105	2	0
Putumayo	44	44	2	2	26	46	1	0	219	188	185	41	0	0
Quindío	17	24	31	15	128	117	0	0	367	361	1	0	2	0
Risaralda	35	56	35	52	249	253	0	0	875	853	81	55	6	3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	2	2	0	6	2	0	0	21	25	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	19	16	6	11	30	47	0	0	213	241	9	11	2	0
Santander	71	127	14	20	292	305	0	0	1172	1259	486	644	3	2
Sucre	20	25	2	2	56	66	0	0	356	337	77	66	1	1
Tolima	39	35	13	25	158	182	8	55	846	811	170	72	7	10
Valle del Cauca	40	71	24	48	381	568	0	0	946	1030	12	5	2	0
Vaupés	10	27	0	0	6	8	0	0	56	58	31	10	0	0
Vichada	8	10	0	1	2	10	0	0	18	27	25	29	0	0
Total nacional	1.660	2.275	916	1.305	9.276	10.979	10	58	25.443	27.404	3.850	2.922	333	344

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 36

Decremento
Incremento

	Lepra		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por DNT aguda en menores de cinco años		Sarampión/Rubeola		Sífilis congénita	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica: Casos confirmados por laboratorio		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 y Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	0	0	0	0	1	0	3	1	1	0	1	1	2	2
Antioquia	6	0	14	12	6	4	21	21	9	8	95	388	113	96
Arauca	6	8	1	0	0	1	3	0	1	0	4	1	24	12
Atlántico	4	2	6	1	1	0	5	3	5	0	22	24	31	18
Barranquilla D.E.	4	6	4	0	1	1	4	6	2	1	18	20	33	17
Bogotá D.C.	12	11	13	11	1	1	28	23	0	1	110	822	81	84
Bolívar	7	9	6	1	2	1	7	11	6	3	17	5	34	19
Boyacá	2	3	3	2	1	0	4	3	1	0	18	18	17	6
Buenaventura D.E.	0	0	2	1	0	3	3	2	2	2	5	3	17	10
Caldas	2	2	1	0	0	0	1	0	0	0	15	10	14	9
Santiago de Cali D.E.	15	7	4	1	1	0	7	1	1	1	31	37	20	22
Caquetá	1	0	2	3	0	0	6	1	2	0	6	5	6	4
Cartagena de Indias D.T.	5	8	4	4	1	0	6	5	1	0	14	30	51	27
Casanare	1	3	1	2	1	0	1	3	1	0	7	9	30	20
Cauca	7	3	6	4	4	2	8	3	1	2	22	3	16	8
Cesar	11	11	8	4	5	3	6	10	10	9	21	25	30	19
Chocó	2	0	9	6	20	9	25	30	31	19	8	12	37	26
Córdoba	2	1	6	1	1	1	11	11	7	1	28	27	20	16
Cundinamarca	7	5	7	6	0	0	8	6	0	0	50	123	47	28
Guainía	0	0	1	0	1	0	2	0	1	0	1	1	5	6
Guaviare	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	4	2
Huila	11	13	3	2	0	1	4	2	3	0	17	42	11	11
La Guajira	1	1	14	9	20	14	31	19	33	20	15	2	45	28
Magdalena	5	3	6	5	1	4	8	6	12	3	13	5	23	9
Meta	8	8	3	1	1	1	5	8	5	2	16	27	35	60
Nariño	3	3	8	4	1	2	7	6	2	0	24	30	10	10
Norte de Santander	15	16	6	0	1	0	4	3	3	0	24	51	63	25
Putumayo	1	0	1	1	1	2	2	0	1	1	5	7	4	6
Quindío	1	2	1	2	0	0	2	1	0	0	8	12	9	8
Risaralda	2	3	3	3	7	2	6	10	5	1	14	11	21	9
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	0
Santa Marta D.T.	3	1	3	1	1	1	2	0	0	1	8	17	13	9
Santander	14	23	3	0	0	1	5	2	1	0	33	35	48	19
Sucre	4	3	3	3	0	1	5	1	2	0	14	16	12	12
Tolima	9	11	4	5	1	2	6	4	1	1	19	33	18	17
Valle del Cauca	19	7	2	1	2	2	8	4	3	1	29	52	26	20
Vaupés	0	0	0	0	2	2	2	0	2	0	1	0	1	2
Vichada	1	1	2	1	2	2	2	2	8	6	2	0	5	6
Total nacional	195	175	157	97	93	63	277	208	161	83	789	1.908	998	702

49

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 36

Decremento
Incremento

	Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tétanos neonatal		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 probables 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 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	14	17	0	0	0	0	44	54	1	2	14	25	459	391
Antioquia	874	1027	2	1	1	0	2675	3446	86	96	1930	1801	16349	13228
Arauca	124	109	0	0	0	0	102	102	1	1	64	78	881	977
Atlántico	252	233	1	0	0	0	347	458	14	26	306	273	1806	1739
Barranquilla D.E.	277	252	1	2	0	0	604	699	18	26	545	421	1828	2126
Bogotá D.C.	625	735	0	0	0	0	936	1065	26	27	2635	2165	22582	22057
Bolívar	219	199	2	3	0	0	143	155	3	2	150	113	1711	1728
Boyacá	73	66	0	1	0	0	128	165	2	2	130	124	3131	3078
Buenaventura D.E.	104	93	0	0	0	0	121	148	5	6	77	63	255	215
Caldas	100	111	0	0	0	0	237	236	3	4	217	221	2220	2422
Santiago de Cali D.E.	335	464	0	0	0	0	1083	1050	36	34	898	722	5374	4425
Caquetá	61	65	0	0	0	0	187	211	5	8	67	73	792	711
Cartagena de Indias D.T.	255	300	1	0	0	0	317	407	4	7	396	265	1070	1374
Casanare	102	129	0	0	0	0	116	146	4	4	94	129	629	813
Cauca	132	158	0	1	0	0	218	204	2	1	190	221	2397	2433
Cesar	231	203	1	0	0	0	320	355	3	10	254	243	1443	1551
Chocó	175	152	0	0	1	0	165	177	2	0	57	80	318	387
Córdoba	218	201	2	0	0	0	205	239	5	2	412	372	2465	2501
Cundinamarca	279	347	0	0	0	0	384	495	10	12	568	573	10103	10904
Guainía	14	10	0	0	0	0	16	16	0	0	4	4	151	139
Guaviare	18	12	0	0	0	0	29	43	1	0	24	26	220	315
Huila	109	135	0	1	0	0	311	340	6	5	295	248	4363	4637
La Guajira	276	226	0	0	0	0	399	566	6	8	198	309	996	1073
Magdalena	169	177	1	0	0	0	131	160	2	5	116	130	1003	1024
Meta	179	237	0	0	0	0	490	522	16	19	213	240	1797	1925
Nariño	160	169	0	1	0	0	135	196	4	6	242	244	3229	3628
Norte de Santander	353	316	0	0	0	0	532	670	11	11	410	399	2800	3057
Putumayo	68	65	0	1	0	0	80	91	3	0	67	67	1011	1229
Quindío	70	68	0	0	0	0	203	222	3	6	202	157	1891	1809
Risaralda	128	147	0	2	0	0	456	515	17	7	376	324	2628	2562
Archipiélago de San Andrés y Providencia	6	6	0	0	0	0	8	12	0	1	9	14	173	180
Santa Marta D.T.	91	159	0	0	0	0	198	244	3	2	174	143	492	446
Santander	310	336	0	0	0	0	799	992	21	14	477	442	4565	5031
Sucre	146	123	0	2	0	0	76	74	1	2	162	155	1284	1297
Tolima	116	139	0	1	0	0	416	543	11	13	262	296	2316	2522
Valle del Cauca	232	301	0	0	0	0	530	739	15	19	472	548	5197	5158
Vaupés	3	5	0	0	0	0	14	20	0	0	3	2	211	321
Vichada	27	30	0	0	0	0	25	20	0	0	11	19	188	183
Total nacional	6.924	7.522	10	16	2	0	13.182	15.797	350	388	12.718	11.729	110.328	109.596



Semana epidemiológica 36

06 al 12 de septiembre de 2026

TEMA CENTRAL Unidades de análisis

Directora General INS
Dra. Zulma Milena Cucunubá Pérez

Expertos temáticos
Claudia Marcella Huguett Aragón
Directora (E) de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Greace Alejandra Ávila Mellizo
Subdirectora de Vigilancia, Control y Prevención

Luis Carlos Gómez Ortega
Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata en
Salud Pública

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

BES

Boletín Epidemiológico Semanal



Boletín Epidemiológico Semanal

Autora: tema central: Paola Andrea Pulido Domínguez. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Méndez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sánchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Ana María García Bedoya, Viviana Inés Pantoja Muñoz. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez. **Brotos y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Nieves Johana Agudelo Chivata, Yenny Marcela Elizalde, Natalí Paola Cortés, Germán Ernesto Torres, Claudia Marcela Montaña Fuertes, Eliana Mendoza Niño, Lady Alexandra Castillo Vargas. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Luis Carlos Gómez Ortega. **Corrector de estilo:** María Fernanda Campos Maya. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza Criollo.

Bogotá, D.C., Colombia, Instituto Nacional de Salud-INS, Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública; publicación en línea/2026.

51 páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.36>