

COVID-19 en Colombia

La vigilancia epidemiológica del COVID-19 en Colombia permite detectar, responder y mitigar de manera oportuna la transmisión del virus, protegiendo la salud pública y guiando las decisiones del sistema sanitario.

Imagen generada con IA: ChatGPT



Semana
epidemiológica

29 de junio al 5 de julio de 2025

27

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

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

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

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

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

Pág.

3



Tema central

Comportamiento de COVID-19 en Colombia, 2025

9



Situación nacional

11



Mortalidad

18



Eventos trazadores

37



Brotes y alertas

39



Tablas de mando por departamento

27

Comportamiento de COVID-19 en Colombia, 2025

El **COVID-19**, causado por el virus **SARS-CoV-2**, es una enfermedad infecciosa respiratoria que surgió a finales del 2019 en Wuhan, China. La rápida propagación del virus llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar una emergencia de salud pública de importancia internacional el 30 de enero del 2020 (1) y, posteriormente, una pandemia el 11 de marzo del mismo año (2,3).

En Colombia, la pandemia de COVID-19 inició oficialmente el 6 de marzo del 2020, con la confirmación del primer caso en Bogotá D. C., procedente de Milán, Italia (4). Pocos días después, el 12 de marzo (5), se declaró la emergencia sanitaria nacional, y el 24 de marzo comenzó un aislamiento preventivo obligatorio que marcó el inicio de las medidas de contención (6).

Comportamiento histórico de COVID-19, 2020-2025 preliminar (p), Colombia

Históricamente en Colombia el comportamiento epidémico de COVID-19 muestra dos picos marcados en 2021 y 2022 con el mayor reporte de casos, siendo este último el año con la introducción de la variante Ómicron (B.1.1.529) y sus sublinajes, que causaron un incremento significativo. El año 2021 registró el mayor número de contagios (3 562 162), seguido de 2020 y 2022. A partir del 2023 se evidencia una disminución en los casos, alcanzando cifras considerablemente menores en 2024 y 2025, con predominio de subvariantes como XBB.1.5 ("Kraken"), BQ.1, BA.2.75, JN.1 (XBB.1.16).

Un hito clave de COVID-19 y su cambio en el comportamiento radica en la vacunación, iniciada en 2021, la cual fue clave en el control de la epidemia. Estos datos reflejan la efectividad de la vigilancia epidemiológica y la adaptación de las estrategias de salud pública frente a la evolución del virus.

Para la Semana Epidemiológica (SE) 25 del 2025 se confirmaron a Sivigila 4 370 casos siendo el pico más bajo respecto a los años 2020-2024 (figura 1).

TEMA CENTRAL

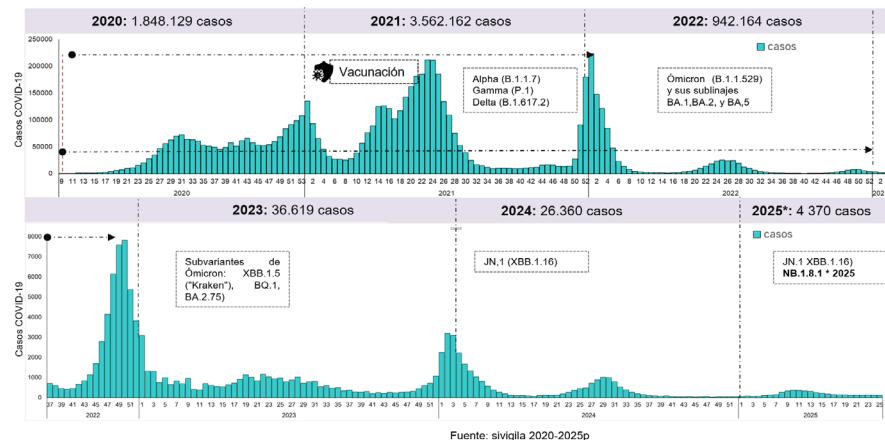
Comportamiento de COVID-19 en Colombia, 2025

Ximena Castro; xcastro@ins.gov.co



Salud

Figura 1. Tendencia de COVID-19, Colombia 2020- 2025p

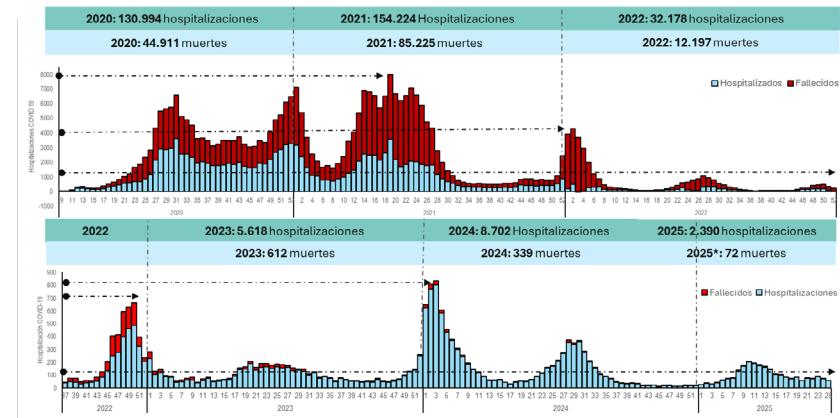


Comportamiento histórico de hospitalización y fallecimientos por COVID-19, 2020-2025p, Colombia

4

La tendencia de hospitalizaciones y muertes por COVID-19 entre 2020 y 2025*, destaca un impacto más severo durante los años 2020 y 2021, con 130 994 y 154 224 hospitalizaciones respectivamente, y de mortalidad de 44 911 y 85 225 fallecimientos. A partir del 2022, se observa una reducción drástica tanto en hospitalizaciones como en muertes, coincidiendo con la introducción de la vacunación y el cambio en la dinámica de circulación de variantes. Para el 2023, 2024 y 2025p los indicadores continúan disminuyendo de forma sostenida, con cifras significativamente menores: 612 muertes en 2023, 339 en 2024 y 72 en lo corrido de 2025 (figura 2).

Figura 2. Tendencia de hospitalización y fallecimientos de COVID-19, Colombia 2020-2025p



Para 2025 el mayor número de casos se alcanzó en el periodo epidemiológico (PE) III con un total de 1 376 casos. A partir del PE IV se observa un descenso sostenido, con 951 casos en dicho periodo. La mayor concentración de casos se presenta en las regiones Andina, Pacífica y Caribe, que agrupan los distritos con mayor densidad poblacional.

De acuerdo con la densidad poblacional, se observa que, en departamentos con una población menor a 100 000 habitantes, destaca Vaupés con una incidencia de 18,31 casos por cada 100 000 habitantes (9 casos), seguido de Amazonas con 16,00 (14 casos) (figura 3).

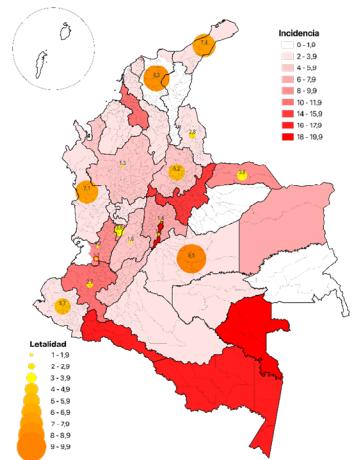
En aquellos con una población entre 100 000 y 1 000 000 de habitantes, sobresale Putumayo con una incidencia de 18,78 (74 casos) y Arauca con 11,54 (37 casos); por su parte, en los departamentos con una población entre 1 000 000 y 2 000 000 de habitantes, se encuentran Boyacá con 16,84 (223 casos) y Cauca con 12,20 (194 casos) (figura 3).

Finalmente, entre los departamentos con mayor densidad poblacional (más de 2 000 000 de habitantes), Bogotá D. C. presenta una incidencia de 19,40 (1 540 casos), seguida de Santiago de Cali D. E. con 14,53 (332 casos) (figura 3).

Al comparar con los casos reportados en la misma semana epidemiológica (SE) 25, se observa una disminución estadísticamente significativa en todos

los territorios de Colombia. La incidencia nacional en 2025 es de 8,21 casos por cada 100 000 habitantes (4 358 casos de procedencia colombiana), frente a los 19 153 casos reportados en 2024 para el mismo periodo, que correspondían a una incidencia de 36,31 casos (figura 3).

Figura 3. Comparación de las tasas de incidencia por departamento de procedencia y densidad poblacional, Semana Epidemiológica 25, 2024-2025, Colombia.



Población	Entidad territorial	2024		2025		valor p		
		Casos	Fallecidos	Incidencia	Casos			
Colombia		19153	214	36,31	4358	70	8,21	0,000
Menor a 100 000 habitantes	Vaupés	10	0	20,85	9	0	18,31	0,125
	Amazonas	66	2	76,46	14	0	16,00	0,000
100 000 a 1 000 000	Putumayo	236	0	60,71	74	0	18,78	0,000
	Arauca	125	11	39,38	37	1	11,54	0,000
	Quindío	238	6	42,05	54	2	9,50	0,000
	Vichada	11	0	8,77	8	0	6,28	0,089
	Chocó	30	0	4,95	14	1	2,28	0,001
	Magdalena	54	0	5,67	12	1	1,25	0,000
1 000 000 a 2 000 000	Boyacá	603	7	45,96	223	2	16,84	0,000
	Cauca	392	3	24,90	194	5	12,20	0,000
	Sucre	309	1	30,71	108	2	10,62	0,000
	Baranquilla	802	3	60,10	119	0	8,86	0,000
	Huila	269	4	22,56	64	0	5,31	0,000
	Bogotá, D.C.	6697	59	84,46	1540	20	19,40	0,000
	Cali	1254	11	54,91	332	4	14,53	0,000
mayor a 2 000 000	Valle del Cauca	576	10	28,24	177	2	8,66	0,000
	Cundinamarca	1066	10	30,00	295	6	8,07	0,000
	Santander	865	8	36,39	137	6	5,72	0,000
	Antioquia	2142	29	31,03	396	5	5,70	0,000

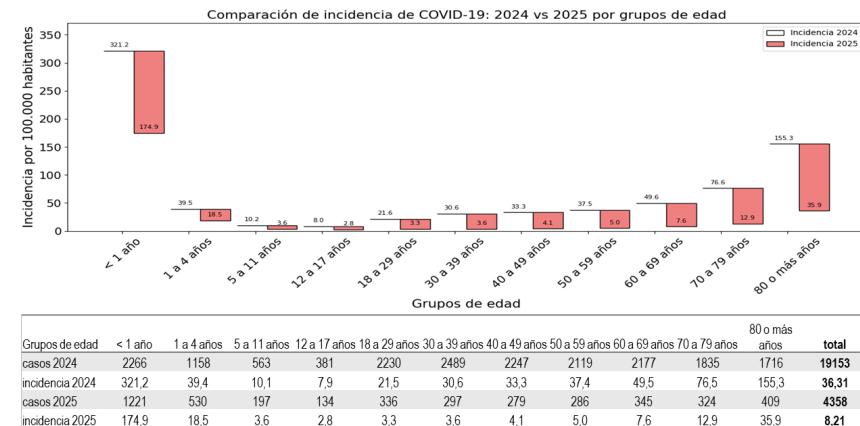
Se observa una disminución de los casos de COVID-19 a nivel nacional; sin embargo, en municipios con una densidad poblacional menor a 1 000 habitantes, se presenta un aumento estadísticamente significativo ($p < 0,05$). Tal es el caso de Campo de la Cruz (Atlántico), que reportó una incidencia de 63,45 casos por cada 100 000 habitantes (16 casos), frente a los 2 casos registrados en el mismo periodo de 2024, que correspondían a una incidencia de 8,15 casos.

Este mismo comportamiento se observó en los municipios de Santa Fe de Antioquia (Antioquia), Honda y Fresno (Tolima), Medio Baudó (Chocó), Cajibío (Cauca), Tibú (Norte de Santander) y Patía (Cauca).

El análisis por grupos de edad muestra una disminución estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en la incidencia de la enfermedad en todos los grupos. La mayor incidencia se presenta en los menores de 1 año, con 174 casos por cada 100 000 menores de uno año (1 221 casos), lo que representa un descenso frente a 2024, cuando se reportó una incidencia de 321,2 (2 266 casos) (figura 4).

El grupo de edad con la segunda mayor incidencia corresponde a los adultos de 80 años y más, con 35,9 casos por cada 100 000 adultos de 80 años y más (409 casos), cifra que también refleja una disminución en comparación con 2024, año en el que se reportaron 155,3 casos por cada 100 000 habitantes (1 726 casos) (figura 4).

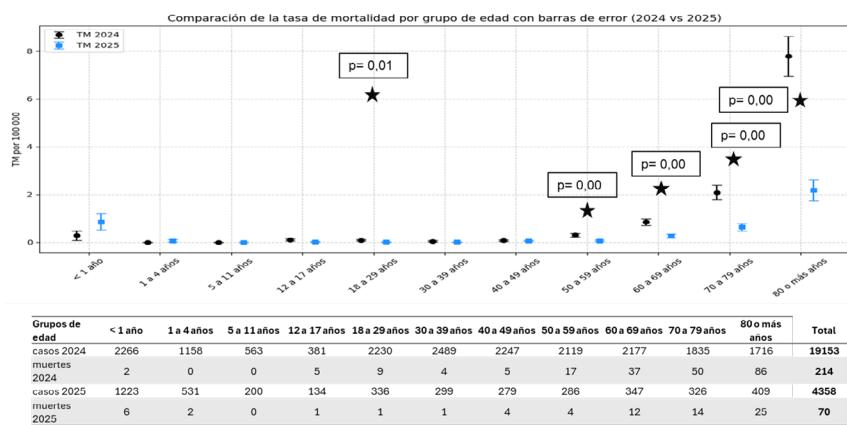
Figura 4. Comparación de las tasas de incidencia por grupo de edad, Semana Epidemiológica 25, 2024-2025, Colombia.



A Semana Epidemiológica 25 del 2025, la tasa de mortalidad por COVID-19 en Colombia es de 0,13 fallecimientos por cada 100 000 habitantes (70 muertes de procedencia colombiana), lo que representa una disminución frente a 2024, cuando la tasa fue de 19,4 (215 fallecimientos) (figura 5).

El grupo con mayor mortalidad corresponde a los adultos de 80 años y más, con una tasa de 2,1 por cada 100 000 mayores de 80 y más (25 fallecimientos), seguido del grupo de 70 a 79 años, con una tasa de 0,56 (14 fallecimientos). Los grupos de edad entre 18 y 29 años, 50 a 59 años, 60 a 69 años, 70 a 79 años y mayores de 80 años presentan un descenso estadísticamente significativo frente al mismo periodo de 2024 (figura 5).

Figura 5. Comparación de las tasas de incidencia por grupo de edad, Semana Epidemiológica 25, 2024–2025, Colombia.



Muertes por COVID-19 según grupo de edad y dosis de vacuna, Colombia, 2025p

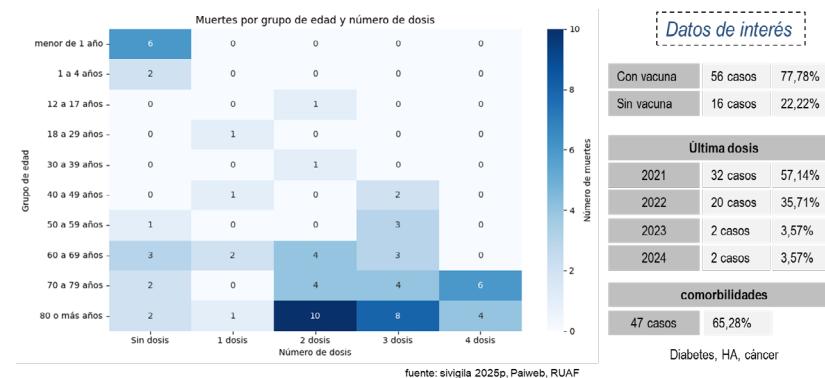
El 77,8 % de los fallecidos (56 casos) habían recibido al menos una dosis de vacuna, mientras que el 22,2 % (16 casos) no tenían antecedente vacunal (figura 6).

La mayor proporción de muertes se concentró en los adultos mayores de 80 años, con 25 fallecimientos, especialmente en quienes habían recibido entre dos y tres dosis (figura 6).

Respecto al momento de la última dosis aplicada, el 57,1 % (32 casos) la recibieron en 2021, el 35,7 % (20 casos) en 2022 y solo cuatro casos (7,1 %) entre 2023 y 2024, lo que sugiere un tiempo prolongado desde la última inmunización. El 65,3 % de los fallecidos (47 casos) presentaban comorbilidades (figura 6).

Estos hallazgos refuerzan la importancia de la actualización oportuna del esquema de vacunación, especialmente en adultos mayores y personas con condiciones de riesgo (figura 6).

Figura 6. Muertes por COVID-19 según grupo de edad y dosis de vacuna, Colombia, 2025p



Seguimiento a poblaciones especiales para COVID-19 en Colombia

En 2025 se evidenció una disminución significativa de casos (valor $p = 0,00$) de COVID-19 en todas las poblaciones con riesgos específicos comparadas con 2024 al mismo periodo (semana epidemiológica 25). En la población indígena, los casos descendieron de 154 a 57, los fallecimientos aumentaron de 1 a 3. En personas privadas de la libertad (PPL), los casos se redujeron de 30 a 2. En embarazadas, se registró una caída considerable de 359 a 100 casos. Finalmente, en población migrante, los casos bajaron de 30 a 12.

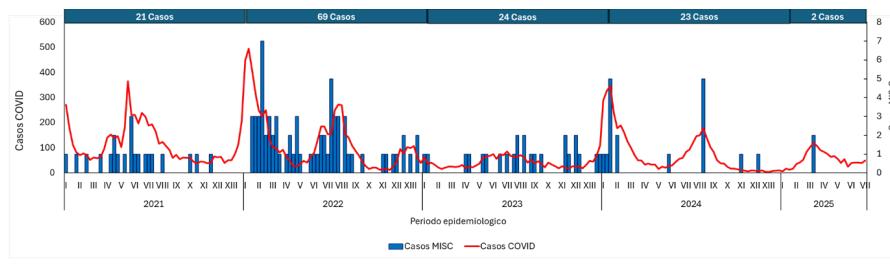
Comportamiento síndrome inflamatorio multisistémico en niños asociado a COVID 19, Colombia, 2021–2025 p.

Durante el desarrollo de la pandemia de COVID-19 en 2019, los menores confirmados presentaban sintomatologías leves o eran asintomáticos, sin embargo a inicios del 2020, varios países de Europa, Reino Unido y Norte América, generaron alertas por la presencia de casos pediátricos que cursaban con sintomatología compatible con síndrome inflamatorio multisistémico y tenían antecedente de una infección reciente por COVID-19; estos pacientes mostraban un síndrome clínico similar al choque tóxico o al síndrome de Kawasaki atípico. Teniendo en cuenta esta nueva presentación las autoridades sanitarias Royal College of Pediatrics and Child Health (RCPCH), el Centers for Disease

Control and Prevention (CDC), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) generan definiciones operativas de caso para iniciar la vigilancia. En Colombia, la vigilancia inicio a finales de 2020 con la notificación a través de un formulario de reporte para presuntos casos compatibles el cual se enviaba de forma diaria a OPS. A finales del 2020 debido a las características clínicas iniciales de fiebre y erupción cutánea, se incluyó la vigilancia en el evento de sarampión y rubeola mediante un anexo. Durante el primer trimestre del 2021, se estableció la vigilancia bajo el código 739 como un evento de notificación inmediata.

En Colombia, desde el inicio de la vigilancia hasta la semana 26 del 2025, se han confirmado 139 casos de Síndrome Inflamatorio Multisistémico en Niños Asociado a Infección por COVID-19 (MISC). Frente a la comparación con los casos menores de 18 años hospitalizados por COVID-19 se observa una estrecha relación temporal entre sus picos y los aumentos en los casos de MISC, especialmente durante el segundo semestre del 2021 y el primer semestre del 2022. Por otra parte, se observa que posterior al inicio de la vacunación de COVID-19 en los menores de 18 años la incidencia presenta un descenso significativo de los casos (figura 7).

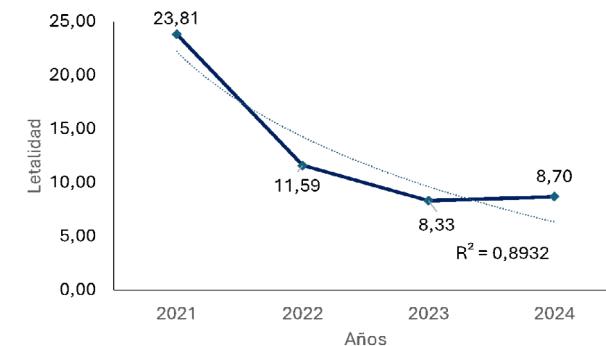
Figura 7. Comportamiento síndrome inflamatorio multisistémico en niños asociado a COVID 19, Colombia, 2021-2025 p.



Frente a las defunciones por MISC desde 2021 a 2024, se observó una disminución sostenida de la letalidad, pasando de 23,8 % en 2021 a 8,3 % en 2023, con un leve repunte en 2024 8,7 %. Mediante el modelamiento por regresión logarítmica de la tendencia histórica se observa un descenso inicial significativo seguido de una estabilización con un coeficiente de determinación (R^2 logarítmico = 0,8932, sugiriendo un impacto en la letalidad posterior al inicio de la vacunación por

COVID-19 en este grupo de edad; sin embargo, es de importancia mencionar que los casos fallecidos confirmados para MISC no contaban con antecedente vacunal ni esquemas de vacunación completos, por lo que se insta a las entidades territoriales a fortalecer la vacunación en este grupo de edad como estrategia de mitigación (figura 8).

Figura 8. Letalidad síndrome inflamatorio multisistémico en niños asociado a COVID 19, Colombia, 2021-2024



Conclusiones

1. Desde 2022 se ha observado una disminución significativa en casos, hospitalizaciones y muertes por COVID-19, consolidándose el pico más bajo en 2025.
2. La vacunación ha demostrado ser eficaz especialmente para reducir la mortalidad. Sin embargo, la efectividad de la vacuna disminuye con el tiempo si no se refuerza.
3. Algunas regiones del país y grupos etarios continúan siendo más vulnerables (población menor a 1 000 habitantes, menores de 1 año y mayores de 70 años).
4. Colombia ha pasado de la fase aguda a una fase de vigilancia integrada, adaptando su sistema de salud a una nueva normalidad epidemiológica.



5. Aunque surgen nuevas variantes como NB.1.8.1 ("Nimbus"), estas no han representado un cambio significativo en la severidad del virus.

Recomendaciones

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

1. Integrar la vigilancia de COVID-19 a los servicios de consulta externa y urgencias.
2. Reportar de manera oportuna y completa los casos a través de Sivigila.
3. Implementar seguimiento activo a casos en grupos de riesgo (mayores, comorbilidades, no vacunados).
4. Verificar esquemas en pacientes hospitalizados y priorizar su actualización.
5. Sensibilizar al personal de salud sobre nuevas variantes y signos de alarma.

8

Secretarías Departamentales y municipales de Salud

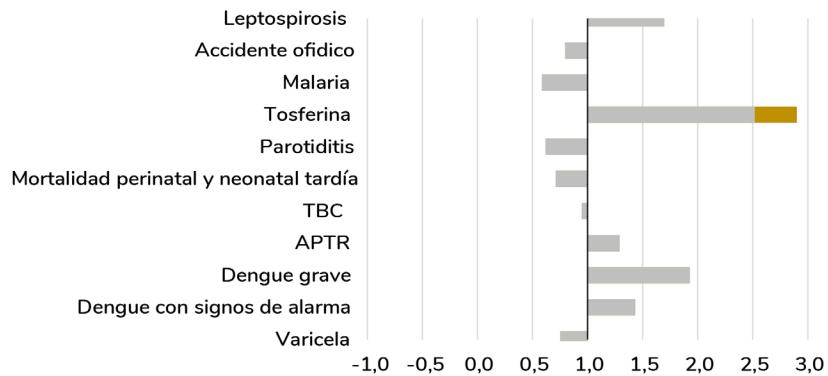
1. Utilizar análisis de incidencia por municipios y grupos de edad para definir zonas de intervención prioritaria.
2. Identificar brechas de cobertura y movilizar equipos extramurales hacia zonas dispersas o rurales.
3. Garantizar capacidad instalada para pruebas PCR y antígenos.
4. Promover el uso activo del Power BI de COVID-19 para la toma de decisiones.
5. Hacer monitorización de indicadores de tasa de mortalidad por departamento y municipio.
6. Fortalecer el trabajo de agentes comunitarios de salud en zonas de difícil acceso.

Referencias

1. World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019 nCoV) [Internet]. 30 Jan 2020 [cited 2025 Jul 7]. Available from: [COVID-19 Public Health Emergency of International Concern \(PHEIC\) Global research and innovation forum \(who.int\)](#)
2. World Health Organization. World Health Organization declares novel coronavirus (2019 nCoV) a public health emergency of international concern [Internet]. Jan 30, 2020 [cited 2025 Jul 7]. Available from: [WHO declares Public Health Emergency on novel coronavirus - PAHO/WHO | Pan American Health Organization](#)
3. European Medicines Agency. COVID 19 public health emergency of international concern (2020 23) [Internet]. [cited 2025 Jul 7]. Contains mention of pandemic declaration on 11 Mar 2020. ema.europa.eu.
4. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). Colombia confirma su primer caso de COVID 19 [Internet]. Bogotá; 6 Mar 2020 [citado 7 Jul 2025]. Disponible en: [Colombia confirma su primer caso de COVID-19 \(minsalud.gov.co\)](#)
5. Reuters. Colombia declares health emergency to tackle coronavirus [Internet]. 12 Mar 2020 [cited 2025 Jul 7]. Notes declaration of health emergency and restrictions.
6. IFRC / R4V. On 23 Mar 2020, President Duque issued royal decree 457 instituting preventive isolation from 24 Mar for 19 days [Internet]. [cited 2025 Jul 7].

Para la Semana Epidemiológica 27 del 2025, se identifica que el evento de Tosferina se encontró por encima de lo esperado, mientras que los demás eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 9. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, Semana Epidemiológica 27 del 2025.



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

*APTR: Agresiones por Animal Potencialmente Transmisor de Rabia

*TBC: Tuberculosis



SITUACIÓN NACIONAL

Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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

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

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

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



Salud

Tabla 1. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, Semana Epidemiológica 27 del 2025.

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	100 244	83 092	1,26	0,21

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

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

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

10

En la semana epidemiológica 27 del 2025, el evento de leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a Semana Epidemiológica 27 del 2025.

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Leishmaniasis cutánea	8	88	0,00
Chicungunya	2	2	0,27
Mortalidad por dengue	5	5	0,17
Zika	6	3	0,06
Lepra	4	5	0,19
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,20
Fiebre tifoidea y paratifooidea	1	3	0,19

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

Cumplimiento en la notificación

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

- Identificar departamentos, municipios y Unidades Primarias Generadoras de Datos 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 Epidemiológica 17 del 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 la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con relación a la semana epidemiológica 27 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 / 1 122 UNM), observando el mismo comportamiento con relación a la semana epidemiológica anterior y a la semana epidemiológica 27 del 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100 % (4 794 / 4 794); permaneciendo igual con respecto a la semana anterior e incrementando un 0,33 % comparado con la Semana Epidemiológica 27 del 2024. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).

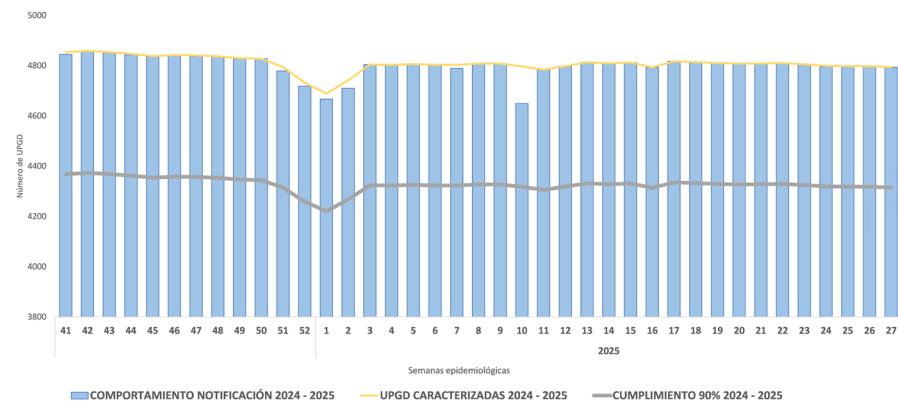


Salud



A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por Semana Epidemiológica para el año 2025, junto con el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación de casos (90 %). En la semana analizada, se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que debían notificar casos (figura 10).

Figura 10. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, Semana Epidemiológica 27 del 2025



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



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 por enfermedad diarreica aguda) con la mediana del periodo histórico correspondiente a la misma semana epidemiológica entre 2018 y 2024; se excluyeron los años 2020 y 2021 por pandemia COVID-19. Con la prueba de Poisson se comprobó la significancia estadística de la diferencia entre el valor observado y lo esperado con un valor de $p<0,05$, para así identificar las entidades territoriales que presentaron aumentos o disminuciones estadísticamente significativas.

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

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Versión 03. 05 de mayo de 2024. Disponible en: <http://url.ins.gov.co/9130q>

A la semana epidemiológica 27 del 2025, se han notificado 385 muertes probables en menores de cinco años: 226 por infección respiratoria aguda (IRA), 98 por desnutrición (DNT) aguda y 61 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, seis casos de IRA, dos de DNT aguda y uno de EDA residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

Frente a las muertes de menores de cinco años residentes en Colombia, a la semana epidemiológica 27 de 2025 se han notificado 376 fallecimientos (220 por IRA, 96 por DNT aguda y 60 por EDA); de estos, 167 casos han sido confirmados, 55 han sido descartados y 154 casos se encuentran en estudio (tabla 3).

Tabla 3. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 27 2024-2025.

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 27 2025			Casos en estudio a SE 27 2025			Tasa a SE 27 2024			Tasa a SE 27 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	57	80	30	28	102	24	3,55	5,06	2,58	1,60	2,24	0,84
Amazonas	0	0	0	0	1	0	0,00	21,10	10,55	0,00	0,00	0,00
Antioquia	2	8	1	4	22	0	3,54	3,07	1,18	0,48	1,92	0,24
Arauca	0	1	0	0	0	0	3,65	7,30	0,00	0,00	3,72	0,00
Atlántico	2	0	0	1	2	0	4,38	4,38	0,88	1,79	0,00	0,00
Barranquilla	0	1	1	0	1	0	2,28	2,28	1,14	0,00	1,17	1,17
Bogotá, D.C.	0	5	0	0	7	1	0,00	3,24	0,22	0,00	1,10	0,00
Bolívar	1	2	0	1	2	0	0,98	7,88	1,97	1,01	2,02	0,00
Boyacá	0	2	2	1	1	0	0,00	4,71	0,00	0,00	2,40	2,40
Buenaventura D. E.	1	1	0	0	1	2	2,89	5,77	8,66	2,96	2,96	0,00
Caldas	0	0	1	0	1	0	0,00	1,69	0,00	0,00	0,00	1,73
Santiago de Cali D. E.	0	3	0	0	5	2	0,00	3,53	0,00	0,00	2,18	0,00
Caquetá	1	0	0	0	1	0	5,39	16,18	0,00	2,75	0,00	0,00
Cartagena de Indias D. T.	1	1	0	0	2	1	1,29	6,47	1,29	1,33	1,33	0,00
Casanare	1	0	0	0	0	0	0,00	5,31	2,65	2,70	0,00	0,00
Cauca	0	3	1	2	2	1	0,00	5,34	1,78	0,00	2,71	0,90
Cesar	4	3	2	2	1	1	4,15	3,32	3,32	3,38	2,53	1,69
Chocó	10	17	4	3	3	1	40,06	38,32	54,00	17,52	29,78	7,01
Córdoba	5	3	2	0	4	1	4,66	3,99	0,67	3,40	2,04	1,36
Cundinamarca	0	2	0	1	10	2	0,00	2,54	0,00	0,00	0,85	0,00
Guainía	0	1	0	1	0	0	0,00	14,16	28,32	0,00	14,02	0,00
Guaviare	0	0	1	0	0	1	0,00	10,32	0,00	0,00	0,00	10,25
Huila	1	1	0	0	1	0	1,01	4,05	0,00	1,03	1,03	0,00
La Guajira	14	2	6	5	7	4	23,73	11,87	16,43	12,93	1,85	5,54
Magdalena	3	1	1	2	5	0	10,82	4,81	1,20	3,66	1,22	1,22
Meta	1	3	1	1	2	0	2,43	4,85	2,43	1,23	3,70	1,23
Nariño	1	7	0	1	5	2	1,69	2,53	0,00	0,86	6,04	0,00
Norte de Santander	0	0	0	0	1	1	3,12	1,56	0,00	0,00	0,00	0,00
Putumayo	0	1	0	0	0	0	3,18	6,36	0,00	0,00	3,21	0,00
Quindío	0	0	0	0	0	1	0,00	6,52	0,00	0,00	0,00	0,00
Risaralda	1	4	4	2	1	2	12,22	12,22	8,73	1,80	7,18	7,18
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Marta D. T.	2	0	0	0	2	0	0,00	0,00	2,53	5,15	0,00	0,00
Santander	0	0	0	0	2	0	0,00	3,35	4,03	0,00	0,00	0,00
Sucre	0	2	0	0	3	0	7,87	5,24	0,00	0,00	2,66	0,00
Tolima	0	2	0	0	1	0	0,00	7,30	2,43	0,00	2,48	0,00
Valle del Cauca	1	3	0	0	4	0	2,23	2,98	0,74	0,77	2,30	0,00
Vaupés	1	0	3	0	0	1	30,23	15,11	15,11	14,72	0,00	44,16
Vichada	4	1	0	1	2	0	21,61	36,02	7,20	28,82	7,21	0,00

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2025 preliminares. SE: Semana Epidemiológica.
Tasa de mortalidad: se realiza con casos confirmados, y la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión de las unidades de análisis y la clasificación de los casos probables y no concluyentes; denominador: por 100 000 menores de cinco años.



Salud

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 220 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 60 confirmadas por clínica y 20 por laboratorio, 38 descartadas y 102 que se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2,2 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 27 fueron 170, para una tasa de mortalidad de 4,7 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 27 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de Antioquia, Bogotá D. C., Caquetá, Cundinamarca, La Guajira y Nariño; y a nivel municipal, en Bello y San Andrés de Tumaco D. E. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

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

Tabla 4. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a Semana Epidemiológica 27, 2024-2025.

Agente etiológico	2024						2025					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
Rhinovirus	9	2	5	1	2	19	7	1	1	0	0	9
Enterovirus	5	2	3	1	1	12	6	0	1	0	0	7
Haemophilus influenzae B	4	1	2	0	0	7	5	2	0	0	0	7
Bordetella pertussis	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	5
Moraxella catarrhalis	2	0	2	2	0	6	2	2	0	0	0	4
Staphylococcus aureus	6	0	1	1	0	8	3	1	0	0	0	4
Streptococcus pneumoniae	3	3	3	3	1	13	2	2	0	0	0	4
Adenovirus	7	4	2	0	0	13	2	0	0	1	0	3
Influenza B	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	3
SARS-CoV2	6	2	0	0	0	8	2	0	0	1	0	3
Influenza A	1	1	0	0	1	3	2	0	0	0	0	2
Metapneumovirus	2	0	1	0	0	3	2	0	0	0	0	2
Escherichia coli	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
Klebsiella pneumoniae	2	1	1	0	0	4	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 3	2	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1
Virus Sincitial Respiratorio	26	0	1	1	0	28	1	0	0	0	0	1
Enterobacter cloacae	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Influenza A H1N1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mycoplasma pneumoniae	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 1	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
Pseudomonas aeruginosa	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	80	17	23	10	5	135	42	11	2	2	0	57

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 96 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 57 fueron confirmadas, 11 descartadas y 28 que se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,6 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 27 fue de 128, para una tasa de mortalidad de 3,5 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 27 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades



territoriales de Bolívar, Chocó, La Guajira y Norte de Santander; y a nivel municipal en Quibdó, Riohacha y Uribia. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A la Semana Epidemiológica 27 se han notificado 60 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, dos confirmadas por laboratorio (con identificación de agentes etiológicos E. Coli y Norovirus), 28 confirmadas por clínica, seis descartadas y 24 que se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,8 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 27 fue de 89 para una tasa de mortalidad de 2,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 27 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en las entidades territoriales de Antioquia, Chocó y La Guajira; y a nivel municipal en Manaure, Uribia y Mitú. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

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

Muerte materna: es la muerte de una mujer que ocurre estando embarazada o dentro de los 42 días de haber terminado un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

Muerte materna tardía: es la muerte de una mujer por causas directas o indirectas más de 42 días después pero antes de un año de haber terminado el embarazo.

Muerte materna por causas coincidentes: corresponde a las muertes por lesión de causa externa.

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

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

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

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

² Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09; 2024. <https://doi.org/10.33810/UFOZ8779>

En la semana epidemiológica 27 del 2025 se notificaron al Sivigila 12 casos; dentro de los cuales ocho son muertes maternas tempranas, dos muertes maternas tardías y dos muertes maternas coincidentes; para un total acumulado de 98 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 93 residen en territorio colombiano y cinco residen en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 5).

Tabla 5. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a Semana Epidemiológica 27, 2022 a 2025.

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	139	83	37	259
2023	138	77	40	255
2024	106	70	28	204
2025p	93	57	18	168

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

Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 29 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Antioquia, Bogotá D. C., Cesar, La Guajira, Cundinamarca y Nariño. Al comparar con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Bogotá D. C., Bolívar, Cauca, Magdalena, Meta, Norte de Santander y Santa Marta D. T.; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 6).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Dibulla (La Guajira), Segovia (Antioquia), La Jagua (Cesar), Barrancominas (Guainía), Santa Rosa (Bolívar), Maicao (La Guajira) y Soledad (Atlántico); comparado con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 7).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 27 del 2025, el 61,3 % corresponden a causas directas y el 29,0 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a hemorragia obstétrica con el 18,3 % (tabla 8).

Tabla 6. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 27 de 2024 – 2025.

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 27	Acumulado de casos a SE 27	
		2024	2025
Colombia	163	106	93
Antioquia	15	9	12
Bogotá D. C.	15	9	9
Cesar	7	9	8
La Guajira	11	8	8
Cundinamarca	8	6	5
Nariño	7	5	5
Atlántico	5	2	4
Chocó	8	11	4
Córdoba	8	5	4
Santiago de Cali D. E.	4	2	3
Casanare	2	1	3
Santander	6	4	3
Barranquilla D. E.	3	3	2
Bolívar	6	3	2
Guainía	0	0	2
Huila	4	5	2
Norte de Santander	6	5	2
Risaralda	3	2	2
Tolima	4	0	2
Valle del Cauca	3	1	2
Boyacá	2	2	1
Buenaventura D. E.	2	0	1
Caquetá	1	0	1
Cartagena de Indias D. T.	4	0	1
Cauca	5	5	1
Meta	5	2	1
Quindío	1	0	1
Sucre	3	2	1
Vichada	2	1	1
Arauca	1	0	0
Caldas	1	1	0
Guaviare	0	0	0
Magdalena	6	1	0
Putumayo	1	1	0
Santa Marta D. T.	5	1	0
Amazonas	0	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0
Vaupés	0	0	0

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



Tabla 7. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a Semana Epidemiológica 27 del 2025.

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 - 2024 a SE 27	Valor observado SE 27
Colombia	163	93
Dibulla (La Guajira)	0	2
Segovia (Antioquia)	0	2
La Jagua (Cesar)	0	1
Barrancominas (Guainía)	0	1
Santa Rosa (Bolívar)	0	1
Maicao (La Guajira)	3	0
Soledad (Atlántico)	3	0

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

Tabla 8. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 27 del 2025.

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 27	Número de casos y proporción a SE 27 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	122	138	100	106	100	93	100
DIRECTA	78	88	63,8	67	63,2	57	61,3
Hemorragia obstétrica	20	17	12.3	22	20.8	17	18.3
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	25	28	20.3	22	20.8	16	17.2
Sepsis obstétrica	10	14	10.1	5	4.7	7	7.5
Evento tromboembólico como causa básica	9	11	8.0	6	5.7	7	7.5
Embarazo ectópico	7	9	6.5	4	3.8	6	6.5
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	4	4	2.9	4	3.8	3	3.2
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	2	0	0.0	3	2.8	1	1.1
Embolia de líquido amniótico	2	3	2.2	0	0.0	0	0.0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	1	0.7	0	0.0	0	0.0
Otras causas directas	1	0	0.0	1	0.9	0	0.0
Complicaciones derivadas del tratamiento	1	1	0.7	0	0.0	0	0.0
INDIRECTA	43	48	34,8	37	34,9	27	29,0
Otras causas indirectas	17	19	13.8	14	13.2	11	11.8
Otras causas indirectas: neumonía	8	10	7.2	5	4.7	7	7.5
Sepsis no obstétrica	8	10	7.2	5	4.7	3	3.2
Otras causas indirectas: malaria	0	0	0.0	0	0.0	2	2.2
Otras causas indirectas: cáncer	7	7	5.1	6	5.7	2	2.2
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	1	0.7	2	1.9	1	1.1
Otras causas indirectas: dengue	2	0	0.0	4	3.8	1	1.1
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	0	0.0	1	0.9	0	0.0
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	1	1	0.7	0	0.0	0	0.0
Desconocida / indeterminada	1	1	0.7	0	0.0	1	1.1
En estudio	2	1	0.7	2	1.9	8	8.6

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023 - 2024, datos preliminares 2025. 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 las ocurridas 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 las ocurridas después de los siete días hasta el día 28 de vida¹. Se incluyeron en el análisis los casos residentes en el país.

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

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

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

² Organización Mundial de la Salud. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. 2016. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470ccf_2#:~:text=ICD%2DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%2DPM

A semana epidemiológica 27 del 2025 se han notificado 2 859 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 2 829 corresponden a residentes en Colombia y 30 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Antioquia (340), Bogotá D. C. (327), Cundinamarca (186), La Guajira (132) y Santiago de Cali D. E. (131). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre el 2020 y el 2024, con corte a semana epidemiológica 27 del 2025, se presentó comportamiento inusual en Córdoba, Cartagena de Indias D. T., Atlántico, Huila, Tolima, Chocó, Putumayo, Quindío y Arauca. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 9).



Salud

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en Nariño (San Andrés de Tumaco D. E.), Cesar (Agustín Codazzi), Cundinamarca (Girardot), Casanare (Villanueva), Caldas (Riosucio), Cauca (Timbiquí), Casanare (Aguazul), Chocó (El Litoral del San Juan), Córdoba (Pueblo Nuevo) y Nariño (Túquerres) (tabla 10).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 44,2 %, seguido de las neonatales tempranas con 27,9 %, neonatales tardías con 17,6 % y fetales intraparto con 10,3 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,6 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 15,8 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,1 % (tabla 11). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 27 del 2025 (datos preliminares) frente a 2024 en causas de muerte no específicas, y sin información en causa básica de muerte; en consecuencia, se invita a las entidades territoriales de notificación a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 9. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 27 del 2024 y 2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 27	Acumulado de casos a SE 27	
		2024	2025
Colombia	4 259	3 190	2 829
Antioquia	478	355	340
Bogotá, D.C.	471	404	327
Cundinamarca	228	210	186
La Guajira	219	160	132
Santiago de Cali D. E.	160	133	131
Córdoba	223	155	119
Nariño	115	102	112
Cesar	149	93	107
Meta	95	71	93
Valle del Cauca	114	90	88
Barranquilla D. E.	164	89	82
Bolívar	125	73	82
Cauca	142	94	82
Norte de Santander	131	93	76
Santander	131	81	76
Cartagena de Indias D. T.	137	89	73
Magdalena	105	81	70
Atlántico	129	93	61
Huila	101	74	60
Boyacá	79	66	59
Tolima	89	63	56
Sucre	107	76	53
Chocó	105	100	47
Caldas	54	41	46
Risaralda	64	50	40
Buenaventura D. E.	45	32	36
Casanare	44	34	33
Santa Marta D. T.	53	30	28
Putumayo	33	29	22
Caquetá	38	24	21
Quindío	35	27	20
Vichada	20	21	17
Arauca	36	20	15
Amazonas	9	6	11
Guainía	10	6	9
Archipiélago de San Andrés y Providencia	6	7	8
Guaviare	8	6	7
Vaupés	8	12	4

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



Tabla 10. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a Semana Epidemiológica 27 del 2025.

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 27 2020 - 2024	Valor observado a SE 27 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	4 259	2 829	-
Nariño (San Andrés de Tumaco D. E.)	29	35	2
Cesar (Agustín Codazzi)	9	17	15
Cundinamarca (Girardot)	8	12	4
Casanare (Villanueva)	5	9	6
Caldas (Riosucio)	3	7	2
Cauca (Timbiquí)	3	7	3
Casanare (Aguazul)	2	6	7
Chocó (El Litoral del San Juan)	1	5	22
Córdoba (Pueblo Nuevo)	2	5	4
Nariño (Túquerres)	2	5	3

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

Tabla 11. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a Semana Epidemiológica 27, 2023-2025.

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 27, 2023 - 2025					
	2023 a SE 27	(%)	2024 a SE 27	(%)	2025 a SE 27	(%)
Colombia	3 862	100.0	3 190	100.0	2 829	100.0
Afxisia y causas relacionadas	949	24.6	825	25.9	725	25.6
Prematuridad-inmadurez	693	17.9	526	16.5	446	15.8
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	615	15.9	482	15.1	370	13.1
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	420	10.9	372	11.7	266	9.4
Infecciones	345	8.9	276	8.7	234	8.3
Malformación congénita	363	9.4	291	9.1	216	7.6
Sin información	8	0.2	0	0.0	205	7.2
Otras causas de muerte	245	6.3	211	6.6	156	5.5
Causas no específicas	78	2.0	81	2.5	116	4.1
Trastornos cardiovasculares	93	2.4	96	3.0	69	2.4
Lesión de causa externa	37	1.0	14	0.4	13	0.5
Convulsiones y trastornos neurológicos	16	0.4	16	0.5	13	0.5

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



EVENTOS TRAZADORES



Salud

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 27 del 2025, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (Código INS 995 y Código INS 345).

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

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

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

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

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

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

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, Semanas Epidemiológicas 24 a 27 del 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 20 a SE 23 2025	SE 24 a SE 27 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	656 635	600 704	-8,52%	↙
Hospitalización en sala general	32 326	31 796	-1,64%	↙
Hospitalización en UCI/UCIM	3 508	3 517	0,26%	↗

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

Consulta externa y urgencias por IRA

En la Semana Epidemiológica 27 del 2025 se notificaron 132 807 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años, se observó incremento en Atlántico, Guainía, La Guajira, Santa Marta D.T., Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura D. E., Quindío y Vichada. Las 28 Entidades Territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales.

De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (24 a 27 del 2025) en 27 municipios (tabla 13).



Salud

Tabla 13. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, Semanas Epidemiológicas 24 a 27 del 2025

Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	53 668	48 006	7 793	8 866
Cundinamarca	Soacha	43 346	45 643	3 663	7 150
Antioquia	Itagüí	42 177	48 156	3 803	6 850
La Guajira	Maicao	31 441	32 533	1 528	5 236
Cundinamarca	Chía	35 931	31 798	4 069	4 991
Antioquia	Bello	40 863	33 690	3 526	4 379
La Guajira	Uribia	28 457	25 609	1 594	3 989
Antioquia	Rionegro	16 064	21 260	1 492	2 955
Antioquia	Envigado	13 185	15 226	1 725	2 790
Santander	Floridablanca	15 201	14 747	1 868	2 586
Santander	Barrancabermeja D. E.	10 473	16 076	713	2 292
Risaralda	Dosquebradas	13 858	15 994	1 332	2 177
Valle del Cauca	Palmera	16 485	15 729	1 884	2 115
Magdalena	Ciénaga	12 767	11 958	826	2 096
Córdoba	Sahagún	11 062	13 214	1 511	2 003
Cundinamarca	Zipaquirá	11 103	12 333	1 800	1 922
Boyacá	Sogamoso	8 520	10 546	1 649	1 782
Boyacá	Duitama	13 901	11 723	1 922	1 763
Bolívar	Magangué	8 755	10 909	971	1 718
Casanare	Yopal	8 799	8 004	1 115	1 672
Norte de Santander	Ocaña	9 384	9 179	406	1 667
Cundinamarca	Girardot	11 829	11 805	1 619	1 665
Antioquia	Apartado	10 404	9 697	1 050	1 653
Valle del Cauca	Cartago	9 146	9 181	335	1 485
Córdoba	Cereté	8 609	9 584	477	1 474
Cundinamarca	Facatativá	12 267	10 180	1 813	1 461
Antioquia	Turbo	7 912	8 152	817	1 412
Valle del Cauca	Yumbo	7 680	8 550	1 127	1 403
Córdoba	Lorica	7 384	8 130	937	1 234
Valle del Cauca	Tuluá	9 249	7 499	534	1 203
Cundinamarca	Madrid	11 117	7 386	833	1 152
Huila	Pitalito	6 372	7 411	717	1 065
Santander	Piedecuesta	3 358	5 413	319	996
Cundinamarca	Funza	8 210	8 698	969	950
Cesar	Aguachica	4 955	6 427	852	895
Cundinamarca	Mosquera	4 340	3 926	479	880
Cauca	Santander De Quilichao	7 111	6 658	950	822
Santander	Girón	4 217	4 443	278	769
Valle del Cauca	Buenaventura D.E.	4 842	3 559	678	530
Atlántico	Malambo	6 354	3 517	412	529
Norte de Santander	Villa Del Rosario	3 334	3 891	379	451
Cauca	Guapi	1 397	2 667	180	342
Nariño	La Florida	369	419	69	67

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

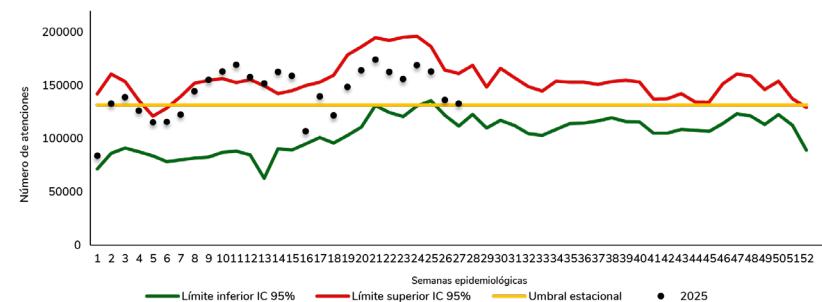
La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

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

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (24 a 27 del 2025), por grupos de edad: los de 20 a 39 años representaron el 24,6 % (148 007) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 18,8 % (113 084). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de un año con el 14,6 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 13,3 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante las semanas epidemiológicas 01 a 08, las atenciones se mantuvieron dentro de los límites esperados; sin embargo, entre las semanas 09 a 15 se observó una tendencia al alza que superó el límite superior. A partir de la semana epidemiológica 16 y hasta la 27 presenta una disminución ubicándose dentro de los límites esperados (figura 11).

Figura 11. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 27 del 2025



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

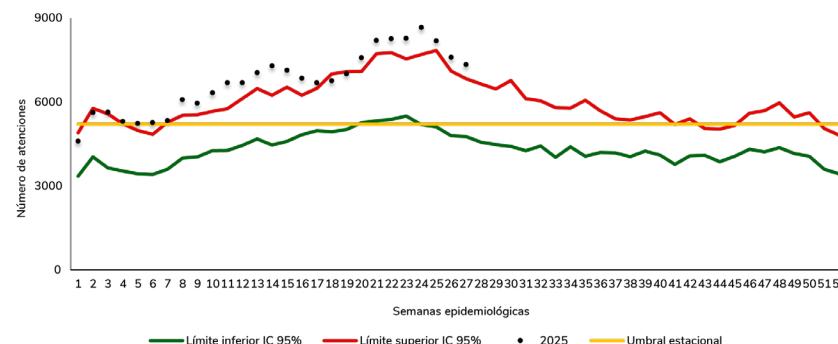
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la Semana Epidemiológica 27 del 2025 se notificaron 7 340 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Guaviare, La Guajira, Vichada y Vaupés e incremento en Amazonas, Arauca, Atlántico, Barranquilla D. E., Boyacá, Cauca, Santiago de Cali D.E., Cartagena de Indias D.T., Cundinamarca, Magdalena, Meta, Nariño, Risaralda, Santa Marta D.T., Santander, Sucre, Tolima y Valle del Cauca. En las 15 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (24 a 27 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (8 444) representaron el 26,5 %, seguido de los menores de un año con el 18,4 % (5 866). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRA, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó en el grupo de los niños de un año con 33,9 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 24,5 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, entre las semanas 05 a 17, el número de hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, seguido de una disminución en las semanas epidemiológicas 18 a 19 ubicándose dentro de los límites esperados; sin embargo, en las semanas epidemiológicas 20 al 27 se observó una tendencia al aumento, superando el límite superior (figura 12).

Figura 12. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 27 del 2025

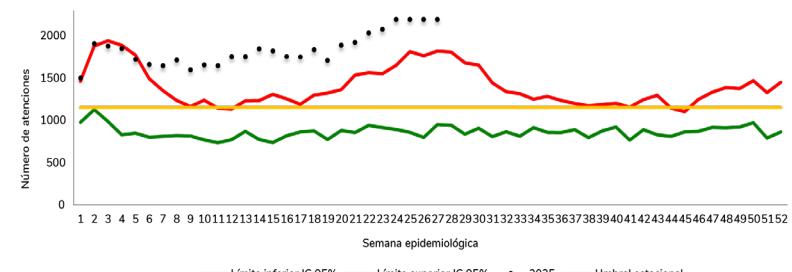


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la Semana Epidemiológica 27 del 2025, se notificaron 2 103 atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional de este grupo de edad desde la semana epidemiológica 06 hasta la 27 se observó una tendencia hacia el aumento con respecto al histórico por encima del límite superior (figura 13).

Figura 13. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, Semana Epidemiológica 01 a 27 del 2025



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

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

En la semana epidemiológica 27 del 2025 se notificaron 889 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en seis entidades territoriales. Se presentó disminución en Bolívar, Caquetá, Casanare, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Archipiélago de San Andrés y Providencia y Vaupés. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Barranquilla D. E., Bogotá D. C., Boyacá, Buenaventura D. E., Santiago de Cali D. E., Cartagena de Indias D.T., Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Santa Marta D.T., Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada.

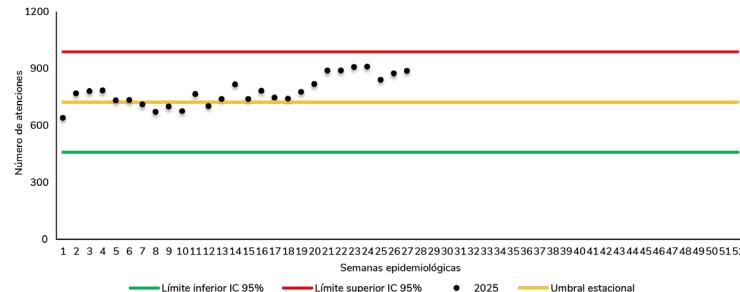
En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (24 a 27 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 33,4 % (1 183), seguido de los menores de un año con el 29,6 % (1 047) de las hospitalizaciones. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de un año con el 30,1 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 26,6 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM se observa a nivel nacional desde semana epidemiológica 01 a 27 se ubica dentro de los límites esperados, con una tendencia hacia el aumento desde semana 13 a 27 ubicándose por encima del umbral estacional, sin alcanzar el límite superior (figura 14).



Salud

Figura 14. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 27 del 2025

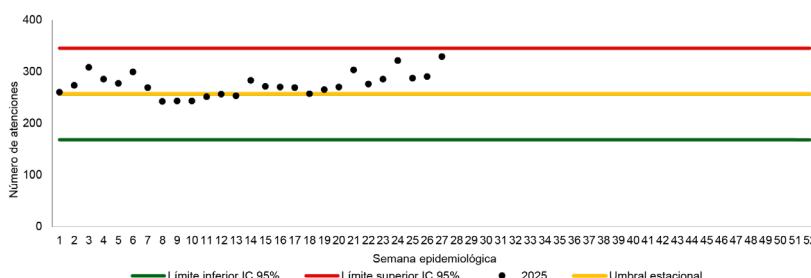


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiológica 27 del 2025, se notificaron 329 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad se evidenció para esta semana una tendencia al aumento ubicándose por encima del umbral estacional (figura 15).

Figura 15. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 27 del 2025



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

Durante las semanas epidemiológicas 24 a 27 del 2025 se observó una disminución en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en consultas externas y urgencias y en las hospitalizaciones en sala

general en comparación con el periodo anterior. Los grupos de edad con las mayores proporciones en los tres servicios vigilados son los menores de cinco años y mayores de 60 años. Frente a las atenciones por IRA, el servicio de consulta externa, urgencias y UCI/UCIM para semana epidemiológica 27 se encontraron dentro de los límites esperados; sin embargo, las atenciones en el servicio de hospitalización en sala general se ubican por encima del límite superior.

En el contexto de los fenómenos climáticos presentados a nivel nacional, los cuales influyen en la presentación de las infecciones respiratorias agudas, se insta a las entidades territoriales a:

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



Salud

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

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

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 26 la tendencia de la circulación viral estuvo relacionada con los virus VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se observa variación significativa solamente al decremento para adenovirus, los demás patógenos virales se mantienen estables. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 14).

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

Tabla 14. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, Semanas Epidemiológicas 20 a 27 del 2025

Agente viral identificado	SE 20 a SE 23			SE 24 a SE 27			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	54,2	61,9	29,4	52,3	60,1	32,2	↓
Rinovirus	7,1	5,4	3,1	7,6	6,3	-	
VSR	39,9	53,4	9,4	41,4	56,6	-	
Enterovirus	5,7	5,1	3,1	8,0	8,0	-	
Adenovirus	8,6	9,5	3,1	2,8	3,4	-	↓
Influenza B	0,5	-	3,1	0,4	0,6	-	
Influenza A	15,7	9,9	28,1	14,5	7,4	52,6	
Parainfluenza	5,7	5,4	9,4	6,8	5,7	5,3	
Metapnemovirus	4,0	4,1	12,5	6,5	6,9	15,8	
A(H1N1)pdm09	1,9	0,3	-	4,8	2,3	-	
SARS-CoV2	3,1	2,4	9,4	1,2	0,6	5,3	
A(H3N2)	6,9	3,4	18,8	4,8	1,1	21,1	
Coronavirus	1,0	1,0	-	1,2	1,1	-	

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

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

*Se muestra la variación con significancia estadística.



Salud

COVID-19

Metodología

Se desarrolló un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 27 del 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

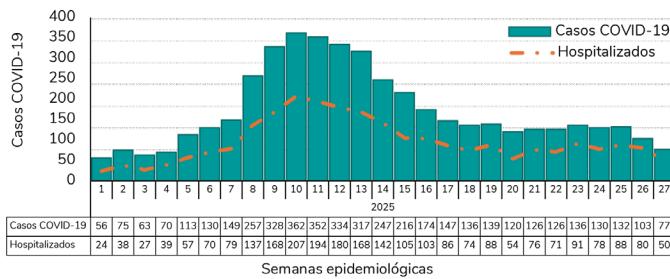
Definición operativa del evento: persona con resultado positivo para SARS-CoV-2 independiente de los criterios clínicos o epidemiológicos, requiera o no hospitalización.

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

24

En Colombia, con corte al 05 de julio del 2025 y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 4 615 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (24 a 27 del 2025), se ha observado una disminución significativa del 12,9 %, con 442 casos registrados en comparación con el periodo esperado (Semanas Epidemiológicas 20 a 23 del 2025), en el cual se reportaron 508 casos. En las hospitalizaciones se presentó un aumento del 1,4 %, pasando de 292 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 296 casos en el periodo analizado (figura 16)

Figura 16. Comportamiento de COVID-19 a Semana Epidemiológica 27 del 2025, Colombia.



Fuente: Sivigila.2025

Entre el 29 de junio y el 05 de julio del 2025 se confirmaron 126 casos en el territorio nacional; de estos el 61,1 % (77 casos) corresponde a la semana epidemiológica 27. El 65,9 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D. C, Barranquilla D. E, Santander, Cundinamarca y Antioquia (tabla 15).

Tabla 15. Casos nuevos de COVID-19 en la Semana Epidemiológica 27 del 2025, Colombia.

Entidad Territorial	Otros	SE 24	SE 25	SE 26	SE 27	Total
Colombia	4	5	13	27	77	126
Bogotá D. C.	1	2	4	6	34	47
Barranquilla D. E.	0	0	2	1	9	12
Santander	1	0	2	3	4	10
Cundinamarca	0	0	1	3	3	7
Antioquia	0	0	0	3	4	7
Arauca	0	0	1	0	4	5
Córdoba	1	1	0	2	1	5
Atlántico	0	0	1	1	3	5
Boyacá	0	0	0	2	2	4
Santiago de Cali D. E.	0	0	0	2	1	3
Norte de Santander	0	0	0	1	2	3
Mata	0	1	0	1	1	3
Sucre	0	0	0	1	1	2
Cauca	0	0	0	1	1	2
Valle del Cauca	0	1	0	0	1	2
Bolívar	0	0	1	0	1	2
Putumayo	0	0	0	0	1	1
Caldas	0	0	1	0	0	1
Huila	0	0	0	0	1	1
Nariño	0	0	0	0	1	1
Chocó	0	0	0	0	1	1
Quindío	0	0	0	0	1	1
Tolima	1	0	0	0	0	1

Fuente: Sivigila. 2025. SE: Semana Epidemiológica

En el Periodo Epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 24-27), se registró una incidencia de 0,82 casos por cada 100 000 habitantes, con la afectación en 29 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 135 municipios. En comparación con el periodo anterior, este indicador muestra un aumento significativo en Atlántico, Barranquilla D. E., Córdoba, Norte de Santander, Santander y Valle del Cauca y a nivel municipal en Montería (Córdoba), Maicao (La Guajira), Tibú y San José de Cúcuta (Norte de Santander) (tabla 16).

Durante el 2025, en Colombia se han reportado 78 fallecimientos relacionados con COVID-19 (Procedencia de Colombia 76 y del exterior 2). En el período



observado, las muertes se registraron en Bogotá D. C., Córdoba, Sucre y Arauca con un caso respectivamente. El 72,9 % (54 casos) correspondió a personas de 60 o más años (tabla 16).

Tabla 16. Fallecimientos por COVID-19 a Semana Epidemiológica 27 del 2025, Colombia

Departamento	Fallecidos	Fallecidos PE anterior	Fallecidos PE actual	Comportamiento
Colombia	78	8	5	Sin cambios
Córdoba	2	0	2	Aumento
Quindío	3	0	1	Aumento
Sucre	2	0	1	Aumento
Valle del Cauca	3	0	1	Aumento
Antioquia	5	0	0	Sin cambios
Bogotá, D. C.	19	2	0	Sin cambios
Boyacá	2	1	0	Sin cambios
Caldas	1	0	0	Sin cambios
Cauca	5	0	0	Sin cambios
Cundinamarca	6	1	0	Sin cambios
Chocó	1	0	0	Sin cambios
La Guajira	2	0	0	Sin cambios
Magdalena	1	0	0	Sin cambios
Meta	5	1	0	Sin cambios
Nariño	3	1	0	Sin cambios
Norte de Santander	1	0	0	Sin cambios
Santander	6	0	0	Sin cambios
Tolima	3	1	0	Sin cambios
Santiago de Cali	4	0	0	Sin cambios
Arauca	2	1	0	Sin cambios
Exterior	2	0	0	Sin cambios

Fuente: sivigila, 2025. PE: Periodo Epidemiológico

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 2025.

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 27 del 2025; teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

- **Dengue sin signos de alarma:** enfermedad febril aguda de 2 a 7 días de evolución en la que se observan dos o más de las siguientes manifestaciones: cefalea, dolor retro-ocular, migrañas, 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, o 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/busador-eventos/Lineamientos/Pro_Dengue.pdf



Salud

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

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

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

En la Semana Epidemiológica 27 del 2025 se notificaron 3 050 casos de dengue: 2 192 casos de esta semana y 858 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 87 447 casos, 55 440 (63,4 %) sin signos de alarma, 31 165 (35,6 %) con signos de alarma y 842 (1,0 %) de dengue grave.

El 61,5 % (53 793) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Córdoba, Santander, Antioquia, Norte de Santander, Tolima, Cartagena de Indias D. T., Valle del Cauca, Cundinamarca y Putumayo (tabla 17); mientras que en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 23 a 26 del 2025) el 52,1 % (6 129) de los casos se concentran en Meta, Norte de Santander, Santander, Antioquia, Córdoba y Tolima.

Tabla 17. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación. Colombia, a Semana Epidemiológica 27 del 2025.

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 19-22 de 2025)	Observado (SE 23-26 de 2025)
Meta	7 507	35,1	1,2	1 498	1 263
Córdoba	7 257	32,4	0,3	1 408	829
Santander	7 257	32,2	0,6	1 281	1 079
Antioquia	6 467	33,3	0,8	1 176	990
Norte de Santander	5 872	39,8	1,2	1 045	1 250
Tolima	4 824	33,1	1,1	689	718
Cartagena de Indias D. T.	4 404	23,9	1,1	141	197
Valle del Cauca	3 879	26,8	0,6	428	487
Cundinamarca	3 268	39,5	0,6	304	224
Putumayo	3 058	27,6	0,5	420	264
Huila	2 901	34,1	2,8	292	314
Atlántico	2 769	42,7	1,3	148	329
Santiago de Cali D. E.	2 722	34,9	0,7	318	288
Sucre	2 703	59,3	0,8	370	446
Bolívar	2 642	38,9	1,1	370	525
Barranquilla D. E.	2 314	36,6	1,3	68	180
Caquetá	2 172	38,4	1,3	244	123
La Guajira	1 981	60,1	1,4	168	168
Arauca	1 887	35,0	1,2	326	299
Cesar	1 662	56,6	2,3	241	288
Casanare	1 312	30,8	0,4	366	263
Guaviare	1 030	19,4	0,4	187	254
Cauca	926	36,7	1,1	71	50
Risaralda	917	37,0	1,0	86	71
Magdalena	860	53,0	1,0	147	248
Quindío	773	26,3	0,1	80	95
Nariño	742	30,2	1,3	95	73
Vichada	735	30,5	0,3	175	217
Chocó	656	17,1	0,8	132	134
Boyacá	559	41,1	0,4	62	75
Caldas	331	48,6	0,3	26	39
Santa Marta D. T.	287	56,8	1,0	42	43
Amazonas	233	29,6	0,0	41	19
Exterior	185	44,9	5,4	25	31
Buenaventura D. E.	140	37,9	2,1	21	17
Vaupés	137	7,3	0,7	54	34
Archipiélago de San Andrés y Providencia	46	43,5	0,0	3	2
Guainía	32	28,1	0,0	3	5
Colombia	87 447	35,6	1,0	12 551	11 931

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

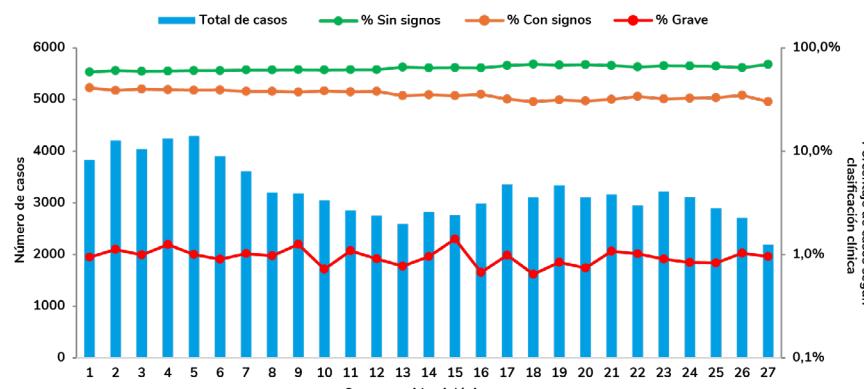


Salud

En el último periodo analizado (Semanas Epidemiológicas 23 a 26 del 2025) con respecto al periodo anterior (Semanas Epidemiológicas 19 a 22 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Atlántico, Barranquilla D. E., Bolívar, Caldas, Cartagena de Indias D. T., Guaviare y Magdalena; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Amazonas, Caquetá, Córdoba, Putumayo y Vaupés; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 17).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 37,0 % a nivel nacional (figura 17). 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 23 a 26 del 2025) fueron: Cesar, Santa Marta D. E., Sucre y La Guajira.

Figura 17. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 27 del 2025.



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

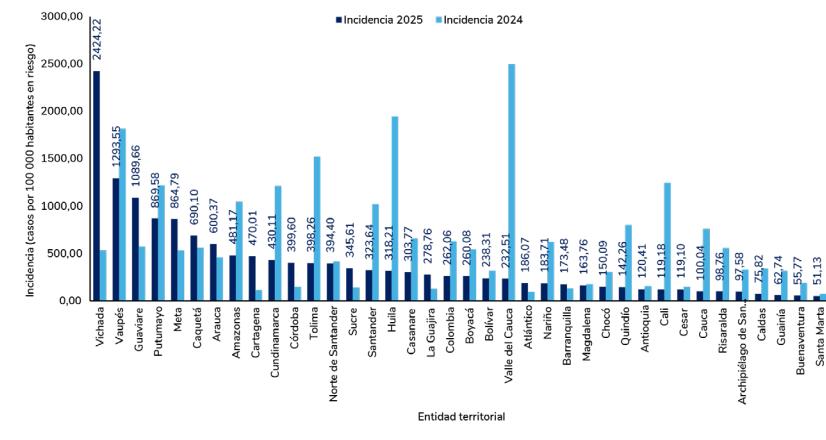
A la Semana Epidemiológica 27 del 2025, la incidencia nacional de dengue es de 262,1 caso por cada 100 000 habitantes en riesgo. Para el mismo periodo del 2024 la incidencia fue de 627,2 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las Entidades Territoriales de Vichada, Vaupés, Guaviare, Putumayo y Meta presentan las mayores incidencias a la semana epidemiológica 27 del 2025, registrando tasas superiores a 800 casos por 100 000

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

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

habitantes (figura 18). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 484,6 casos por 100 000 habitantes.

Figura 18. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a la Semana Epidemiológica 27 del 2024 y 2025.



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

En la Semana Epidemiológica 27 del 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia estable con una variación de -5,0 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 23 a 26 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 19 a 22 del 2025) (figura 19).

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico, se observa que el 8,1 % (3) se encuentra dentro de lo esperado, el 32,4 % (12) se encuentra en situación de alerta y el 59,5 % (22) se encuentra por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico. De este último grupo las entidades territoriales de Antioquia, Arauca, Córdoba y Sucre se encuentran en una temporada de alta transmisión según su comportamiento histórico, por lo que se espera un incremento de casos para el mes de julio (tabla 18).

Ante la situación observada a nivel nacional y departamental, se mantiene activo el Comité Estratégico en Salud a nivel nacional, así como las directrices emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social incluidas en la Circular

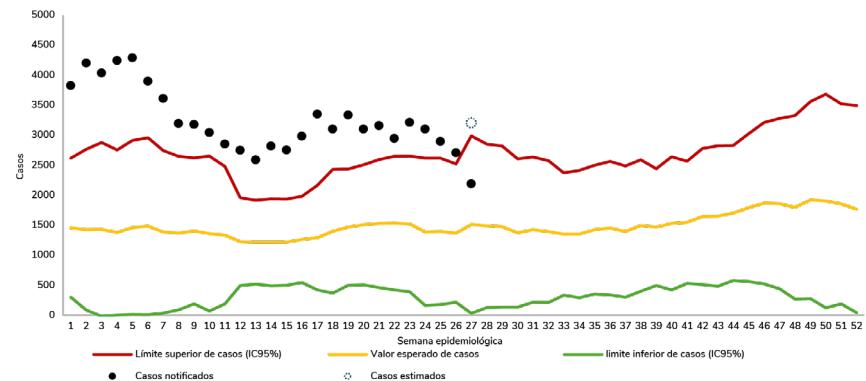


Salud

Conjunta Externa N°013 “Instrucciones para la organización y respuesta para el control del dengue en Colombia”.

Por entidad territorial municipal, en la Semana Epidemiológica 27 del 2025 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país, el 23,5 % (194) 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 49,1 % (28/57) se encuentra por encima de lo esperado comparado con su comportamiento histórico (tabla 19).

Figura 19. Canal endémico de dengue. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 27 del 2025.



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

Tabla 18. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad. Colombia, semana epidemiológica 27 del 2025.

Situación epidemiológica a SE 27, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de julio		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Antioquia, Arauca, Córdoba, Sucre	Bolívar, Boyacá, Caquetá, Guaviare, Magdalena, Quindío, Santa Marta D.T., Santander, Vichada	Atlántico, Norte de Santander, Cartagena de Indias D.T., Putumayo, Risaralda, Vaupés
Alerta	Caldas, Chocó, Meta	Amazonas, Casanare, Cesar, Guainía, Archipiélago de San Andrés y Providencia	Barranquilla D.E., Cundinamarca, Huila, La Guajira, Nariño, Valle del Cauca
Dentro de lo esperado	-	Buenaventura D.E.	Santiago de Cali D.E., Cauca

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

Tabla 19. 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 27 del 2025.

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		Observado (SE 19-22, 2025)	Esperado (SE 23-26, 2025)
Antioquia	Medellín D.E.	36,6	957	134	75
	Apartadó	299,0	394	72	74
	Bello	16,4	91	10	6
	Envigado	46,3	112	12	10
	Turbo D.E.	198,1	266	47	52
Atlántico	Soledad	254,9	1 744	64	195
Bolívar	Cartagena de Indias D.T.	417,4	4 404	141	197
	Magangué	283,9	408	68	75
	Montería	784,4	4 024	965	267
Córdoba	Cereté	208,1	229	31	58
	Sahagún	264,6	296	44	46
	Fusagasugá	249,2	412	32	20
Cundinamarca	La Guajira	312,2	654	92	57
	Riohacha	52,0	287	42	43
	Santa Marta D.T.	693,5	3 536	772	665
Meta	Villavicencio	464,3	3 545	666	793
	Cúcuta	208,2	247	34	62
	Ocaña	619,4	682	111	94
Quindío	Armenia	112,3	351	33	29
Risaralda	Pereira	96,8	470	53	34
	Dosquebradas	113,5	247	21	17
Santander	Bucaramanga	330,9	2 048	347	294
	Barrancabermeja D.E.	219,9	472	85	78
	Floridablanca	379,3	1 190	196	143
Tolima	Girón	348,8	611	99	83
	Ibagué	262,7	1 429	172	368
Valle del Cauca	Jamundí	506,3	857	101	94
	Tuluá	211,2	468	31	62

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

A la semana epidemiológica 27 del 2025, se han notificado 238 muertes probables por dengue, de las que se han confirmado 58 casos, se descartaron 126 casos y se encuentran en estudio 54 casos. De las muertes confirmadas, dos casos proceden del Exterior (Venezuela). La letalidad nacional por dengue es de 0,06 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024, se confirmaron 169 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,08 %) (tabla 20).



Salud

Tabla 20. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia. Colombia, a la Semana Epidemiológica 27, 2024-2025.

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 27 2025	Letalidad por dengue a SE 27, 2024
	Confirmados	En estudio		
Risaralda	3	0	0,33	0,08
La Guajira	5	0	0,25	0,00
Cauca	2	1	0,22	0,06
Vichada	1	0	0,14	0,00
Meta	8	3	0,11	0,11
Huila	3	1	0,10	0,02
Putumayo	3	1	0,10	0,23
Antioquia	6	5	0,09	0,11
Cartagena D. T.	4	0	0,09	0,00
Barranquilla D. E.	2	2	0,09	0,00
Bolívar	2	1	0,08	0,17
Sucre	2	4	0,07	0,09
Santiago de Cali D. E.	2	2	0,07	0,04
Atlántico	2	1	0,07	0,14
Arauca	1	3	0,05	0,21
Santander	3	5	0,04	0,08
Córdoba	3	3	0,04	0,04
Norte de Santander	2	2	0,03	0,15
Cundinamarca	1	1	0,03	0,04
Tolima	1	11	0,02	0,10
Guaviare	0	2	0,00	2,58
Buenaventura D. E.	0	1	0,00	0,83
Magdalena	0	1	0,00	0,00
Exterior	2	2	1,08	0,83
Colombia	56	52	0,06	0,08

VPP (Valor Predictivo Positivo) muertes por dengue: 30 %. SE: Semana Epidemiológica.
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2025.

Para ampliar la información sobre el comportamiento del evento puede consultarse el tablero de control de dengue dispuesto en el siguiente enlace:
<http://url.ins.gov.co/-2i6o>

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 27 del 2025, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

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

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

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

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

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

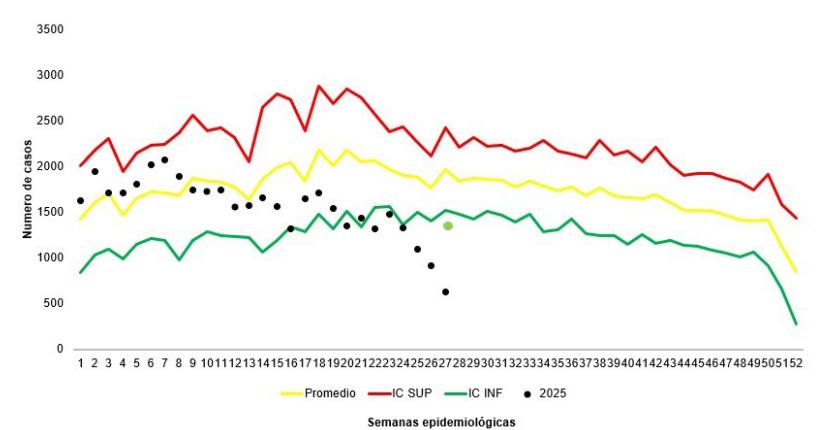


Salud

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de seguridad por malaria, como lo muestra el canal endémico (figura 20).

Figura 20. Canal endémico de malaria, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 27 del 2025.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 27, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 27 del 2025 se notificaron 1 490 casos de malaria, para un acumulado de 42 367 casos, de los cuales 41 683 son de malaria no complicada y 684 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 67,2 % (28 483), seguido de *Plasmodium falciparum* con 31,7 % (13 413) e infección mixta con 1,1 % (471). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,7 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (27,3 %), Antioquia (15,8 %), Nariño (13,7 %), Córdoba (8,6 %), Vaupés (6,6 %), Risaralda (3,9 %), Cauca (3,3 %), Amazonas (3,0 %), Guainía (2,5 %), Bolívar (2,4 %), Buenaventura D. E. (2,4 %), Vichada (2,3 %), y Boyacá (1,8 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 73,4 % de los casos son los que se muestran en la tabla 21.

Tabla 21. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 27 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 20 a 23	Casos 2025 SE 24 a 27	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	2 465	334	250	101,46
Córdoba	Tierralta	2 109	184	125	21,13
Chocó	Quibdó	1 866	200	121	12,90
Risaralda	Pueblo Rico	1 485	198	108	88,45
Antioquia	El Bagre	1 325	190	142	23,53
Nariño	Roberto Payán	1 143	124	78	85,76
Nariño	El Charco	1 041	185	156	44,78
Nariño	Magüí	1 035	78	68	3,88
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	1 010	145	119	3,12
Chocó	Bajo Baudó	941	165	101	27,73
Chocó	Lloró	918	127	84	15,66
Guainía	Inírida	914	94	66	24,11
Vichada	Cumaribo	878	51	70	10,09
Chocó	Tadó	806	80	76	39,99
Córdoba	Puerto Libertador	782	68	36	17,22
Nariño	Olaya Herrera	776	162	80	29,32
Boyacá	Cubará	767	130	56	90,03
Amazonas	Tarapacá (CD)	762	106	63	174,17
Chocó	Bagadó	714	162	92	60,29
Cauca	Timbiquí	687	73	10	24,44
Antioquia	Nechí	677	85	37	24,26
Chocó	Istmina	657	136	83	19,43
Chocó	Medio San Juan	648	102	61	55,08
Chocó	El Cantón del San Pablo	625	53	42	90,50
Nariño	Barbacoas	619	37	35	10,56
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	586	59	61	2,19
Chocó	Alto Baudó	586	74	80	18,74
Bolívar	Montecristo	578	86	85	31,46
Cauca	Guapi	522	65	31	17,67
Chocó	Carmen del Darién	515	61	24	23,25
Antioquia	Chigorodó	500	70	49	8,03
Antioquia	Turbo	500	67	78	3,72
Antioquia	Mutatá	390	61	22	25,94
Antioquia	Zaragoza	380	55	39	14,50
Antioquia	Cáceres	377	62	72	5,96

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

Nota: en la tabla se muestran las Entidades Territoriales y los municipios que aportan el 73,4 % de los casos.



Salud

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que, 15 municipios aportan el 48,4 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia en decremento en los municipios de Mitú, Tierralta, Pueblo Rico, El Bagre, Quibdó, Inírida, Cubará, Puerto Libertador, Cumaribo, Tarapacá, Bagadó, Lloró, Carmen del Darién y Chigorodó (tabla 22). Mientras que, 15 municipios aportan el 61,9 % de los casos por *P. falciparum*, de estos se evidencia en incremento El Bagre y en decremento en los municipios de Quibdó, Roberto Payán, Magüí, Timbiquí, Buenaventura D. E., Guapi, Barbacoas, Olaya Herrera, Tierralta, Lloró e Istmina como se muestra en la tabla 23.

Tabla 22. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 27 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 20 a 23 de 2025	Casos SE 24 a 27 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	317	239	-25%	8,4%
Córdoba	Tierralta	151	105	-30%	6,2%
Risaralda	Pueblo Rico	184	91	-51%	4,6%
Antioquia	El Bagre	158	100	-37%	3,7%
Chocó	Quibdó	116	62	-47%	3,5%
Guainía	Inírida	92	63	-32%	3,2%
Boyacá	Cubará	130	56	-57%	2,7%
Córdoba	Puerto Libertador	64	36	-44%	2,6%
Vichada	Cumaribo	44	62	41%	2,4%
Amazonas	Tarapacá (CD)	90	51	-43%	2,3%
Chocó	Bagadó	105	62	-41%	1,8%
Bolívar	Montecristo	73	72	-1%	1,8%
Chocó	Lloró	69	50	-28%	1,8%
Chocó	Carmen del Darién	58	23	-60%	1,7%
Antioquia	Chigorodó	65	42	-35%	1,6%

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

Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 27 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 20 a 23 de 2025	Casos SE 24 a 27 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	156	152	-3%	7,1%
Chocó	Quibdó	82	47	-43%	6,3%
Nariño	Roberto Payán	75	56	-25%	6,0%
Nariño	Magüí	36	30	-17%	5,4%
Cauca	Timbiquí	97	20	-79%	5,3%
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	102	71	-30%	4,6%
Cauca	Guapi	49	33	-33%	3,7%
Chocó	Bajo Baudó	74	67	-9%	3,6%
Nariño	Barbacoas	34	13	-62%	3,5%
Chocó	Tadó	49	49	0%	3,3%
Nariño	Olaya Herrera	85	51	-40%	2,8%
Córdoba	Tierralta	33	18	-45%	2,7%
Chocó	Lloró	45	40	-11%	2,6%
Chocó	Istmina	65	32	-51%	2,5%
Antioquia	El Bagre	31	48	55%	2,3%

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

Entidades territoriales en situación de brote y alarma

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 27 del 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; ocho departamentos y veintidós municipios se encuentran en situación de brote (tabla 24) y dos departamento y doce municipios se encuentran en situación de alerta por malaria (tabla 25).



Salud

Tabla 24. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 27 del 2025.

Municipios en situación de brote SE 01 a 27 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 27 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 22 A 27	Observado SE 22 A 27 de 2025
Vaupés	Mitú	4	2 513	245	256
Nariño	El Charco	5	1 042	81	156
Boyacá	Cubará	4	772	80	56
Amazonas	Tarapacá (CD)	5	771	41	64
Bolívar	Montecristo	5	599	73	88
Antioquia	Cáceres	4	378	38	72
Arauca	Saravena	4	365	4	41
Antioquia	Tarazá	4	334	25	37
Amazonas	Leticia	4	316	11	30
Caquetá	Florencia	4	234	2	16
Meta	Puerto Gaitán	4	200	13	36
Vichada	Puerto Carreño	4	165	6	27
Meta	Puerto López	4	160	1	61
Vaupés	Yavaraté (CD)	4	157	0	5
Risaralda	La Virginia	4	65	1	7
Meta	Puerto Rico	4	55	0	7
Vaupés	Taraíra	5	51	4	21
Meta	Puerto Concordia	4	44	2	8
Meta	Villavicencio	4	40	2	7
Arauca	Fortul	4	34	0	6
Arauca	Arauquita	4	31	1	7
Risaralda	Pereira	4	27	1	7

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

Tabla 25. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, entre las Semanas Epidemiológicas 01 a 27 de 2025

Municipios en situación de alarma SE 01 a 27 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 27 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 22 A 27	Observado SE 22 A 27 de 2025
Antioquia	Nechí	5	679	35	37
Chocó	Istmina	5	665	82	85
Antioquia	Turbo	5	511	76	79
Chocó	Nóvita	5	193	27	37
Nariño	La Tola	5	175	28	32
Antioquia	San Pedro de Urabá	4	154	24	28
Bolívar	Norosí	5	141	15	20
Córdoba	Tuchín	4	61	7	8
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	45	4	6
Amazonas	Puerto Arica	4	14	1	2
Sucre	Sincelejo	4	13	3	4
Caquetá	San Vicente del Caguán	4	13	1	2

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



Salud

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 por 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, y 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 2024. Se incluyen en el análisis los casos de residentes en el país.

Para el análisis de comportamientos inusuales, se usó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 2020 y 2024, con corte al periodo de tiempo por analizar para aquellas entidades con un valor observado inferior a 30 casos. Para aquellas entidades con un valor observado superior a 30 se utilizó la metodología de MMWR, con la cual 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/buscar-eventos/Lineamientos/PRO_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B3os%202024.pdf

A la Semana Epidemiológica 27 del 2025, se han notificado 11 846 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 11 742 corresponden a residentes en Colombia y 104 casos a residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (28 del 2024 a 27 del 2025) es de 0,61 casos por 100

menores de 5 años. Las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Magdalena. Así mismo, se presenta comportamiento inusual de aumento en 175 municipios a nivel nacional (15,6 %) y de disminución en 22 municipios (2,0 %) (tabla 26).

El 81,9 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, y el 18,1 % como desnutrición aguda severa. El 6,3 % de los casos en mayores de 6 meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (27,6 %), y de 1 año (28,4 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales, con un porcentaje del 67,1 %.

Para la Semana Epidemiológica 27 del 2025, y comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Amazonas, Santa Marta D. T. y Vaupés. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Al realizar el análisis en municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de 20 municipios (tabla 27).



Salud

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 27, 2024-2025.

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 27 de 2024	Casos a SE 27 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	14 088	11 742	0,61	15,6	2,0
La Guajira	1 457	863	2,05	6,7	0,0
Vichada	215	123	1,62	0,0	0,0
Chocó	668	501	1,57	12,9	3,2
Magdalena	403	448	0,91	41,4	0,0
Guaviare	58	45	0,91	0,0	0,0
Amazonas	33	42	0,84	27,3	0,0
Arauca	237	104	0,83	0,0	28,6
Risaralda	259	263	0,79	28,6	7,1
Cesar	519	522	0,76	16,0	0,0
Guainía	33	30	0,74	11,1	11,1
Antioquia	1 519	1 649	0,69	29,6	0,8
Casanare	194	148	0,67	5,3	5,3
Cartagena de Indias D. T.	238	271	0,62	0,0	0,0
Vaupés	36	18	0,62	16,7	16,7
Putumayo	108	112	0,61	7,7	0,0
Nariño	573	390	0,61	20,3	3,1
Boyacá	283	281	0,60	8,1	0,8
Bolívar	365	313	0,60	22,2	2,2
Bogotá D. C.	1 929	1 551	0,59	0,0	0,0
Meta	311	230	0,55	6,9	0,0
Norte Santander	386	390	0,54	15,0	2,5
Buenaventura D. E.	151	101	0,52	0,0	0,0
Tolima	274	179	0,52	10,6	0,0
Huila	334	263	0,51	16,2	0,0
Cundinamarca	872	633	0,50	6,9	2,6
Sucre	164	212	0,47	30,8	0,0
Valle del Cauca	343	363	0,46	27,5	0,0
Santa Marta D. T.	63	88	0,42	0,0	0,0
Santiago de Cali D. E.	333	335	0,41	0,0	0,0
Caquetá	130	83	0,41	6,3	6,3
Santander	382	305	0,39	16,1	1,1
Córdoba	366	254	0,35	10,0	3,3
Caldas	166	102	0,35	18,5	0,0
Atlántico	280	169	0,32	4,5	13,6
Barranquilla D. E.	151	156	0,30	0,0	0,0
Cauca	192	159	0,27	4,8	0,0
Quindío	55	43	0,25	0,0	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	8	3	0,12	50,0	0,0

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 28 de 2024 a SE 27 de 2025.

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

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

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

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 27 de 2025.

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Chocó	Quibdó	42	87
Antioquia	Turbo	31	80
Sucre	Sincelejo	24	49
Tolima	Ibagué	29	46
Antioquia	Itagüí	22	45
Risaralda	Dosquebradas	21	41
Valle del Cauca	Jamundí	20	39
Nariño	Pasto	50	38
Boyacá	Sogamoso	20	36
Antioquia	Rionegro	18	31
Valle del Cauca	Yumbo	21	31
Cesar	Aguachica	15	26
Cundinamarca	Chía	15	26
Cundinamarca	Fusagasugá	37	24
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	11	24
Norte de Santander	Villa del Rosario	34	19
Bolívar	Turbaco	8	16
Cundinamarca	Girardot	29	15
Santander	Floridablanca	17	8
Córdoba	Lorica	16	6

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

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

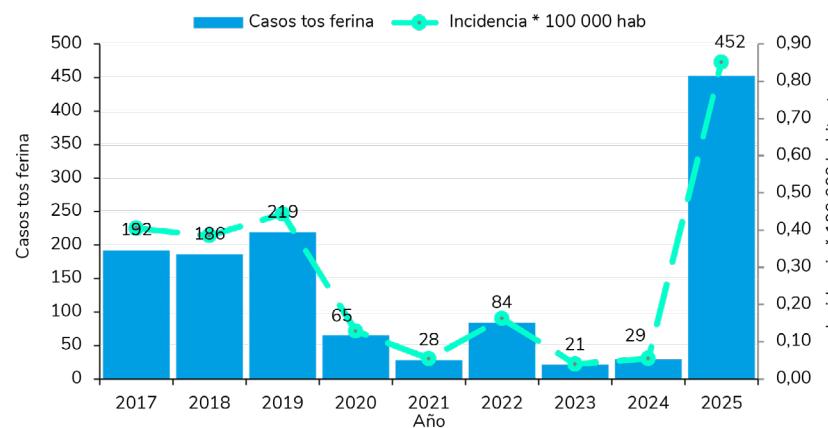
Tos ferina

Nota: el presente informe descriptivo se refiere exclusivamente al análisis de los casos confirmados de tos ferina, ya sea por laboratorio, nexo epidemiológico o criterio clínico. Las tasas de incidencia se calcularon únicamente con base en los casos cuya procedencia corresponde a Colombia.

Hasta el 04 de julio del 2025, a nivel nacional se han reportado en Sivigila un total de 3 508 casos de tos ferina. De estos, el 12,9 %, equivalente a 452 casos han sido confirmados (451 procedentes de Colombia y 1 del exterior); el 67,4 % (2 366 casos) fueron descartados, y el 19,7 % (690 casos) se encuentran en estudio.

La incidencia nacional es de 0,85 casos por cada 100 000 habitantes. Al comparar con los registros históricos para la misma semana epidemiológica, se observa un aumento respecto a los años 2017 a 2024, cuando la incidencia no superó los 0,44 casos por cada 100 000 habitantes (figura 21).

Figura 21. Incidencia de casos confirmados de tos ferina. Semana Epidemiológica 26, Colombia, 2017-2025.



Fuente: Sivigila 2017 -2025p

Comportamiento de la tos ferina por departamento de procedencia. Semana epidemiológica 26, 2019-2025, Colombia.

El mayor número de casos se reporta en Bogotá D. C., con 174 casos y una incidencia de 2,19 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de Antioquia con 1,48 (103 casos), Cundinamarca con 0,71 (26 casos) y Huila con 1,83 (22 casos).

En la tabla 28 se presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia, junto con su respectiva incidencia, comparados con los datos históricos del período 2019–2024 para la misma Semana Epidemiológica.

Tabla 28. Incidencia de tos ferina hasta la Semana Epidemiológica 26 por departamento de procedencia. 2019-2025, Colombia.

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Micrografico	2025
Colombia	0,44	0,13	0,05	0,16	0,04	0,06	0,85	—	452
Bogotá	0,55	0,09	0,01	0,03	0,03	0,04	2,20	—	175
Antioquia	0,49	0,17	0,09	0,12	0,03	0,04	1,50	—	104
Cundinamarca	0,29	0,13	0,03	0,00	0,03	0,14	0,71	—	26
Huila	0,18	0,35	0,00	0,00	0,00	0,17	1,83	—	22
Risaralda	0,63	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	1,44	—	14
Chocó	0,00	0,18	1,57	0,17	0,00	0,33	1,79	—	11
Caldas	0,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,05	—	11
Cartagena de Indias D. T.	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,66	—	7
La Guajira	0,00	0,10	0,00	5,90	0,00	0,00	0,65	—	7
Cauca	0,20	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44	—	7
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,36	—	7
Valle del Cauca	0,20	0,00	0,15	0,05	0,00	0,00	0,34	—	7
Cesar	0,16	0,31	0,00	0,00	0,07	0,07	0,42	—	6
Atlántico	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,40	—	6
Bolívar	0,09	0,26	0,09	0,00	0,00	0,00	0,41	—	5
Santiago de Cali D. E.	0,09	0,31	0,00	0,00	0,13	0,09	0,22	—	5
Santander	0,22	0,13	0,17	0,04	0,00	0,00	0,21	—	5
Mata	0,10	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	0,34	—	4
Nariño	0,31	0,12	0,00	0,06	0,00	0,00	0,23	—	4
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,35	—	3
Sucre	0,22	0,21	0,10	0,00	0,00	0,00	0,30	—	3
Caquetá	0,74	0,73	0,00	0,00	0,00	0,93	0,46	—	2
Quindío	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,18	0,35	—	2
Magdalena	0,12	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,21	—	2
Arauca	1,07	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00	0,31	—	1
Santa Marta D. T.	0,00	0,19	0,00	0,73	0,54	0,00	0,18	—	1
Boyacá	0,49	0,08	0,08	0,00	0,23	0,00	0,08	—	1
Barranquilla D. E.	0,16	0,16	0,00	0,00	0,00	0,15	0,07	—	1
Tolima	0,15	0,00	0,07	0,07	0,00	0,14	0,07	—	1
Norte de Santander	0,77	0,12	0,00	0,00	0,12	0,06	0,06	—	1
Exterior	—	—	—	—	—	—	—	—	1

Fuente: sivigila 2019-2025p

En las últimas cuatro semanas, la incidencia fue de 0,06 casos por cada 100 000 habitantes (43 casos). La mayor incidencia se registró en el departamento de Antioquia con 0,17 casos por cada 100 000 habitantes (4 casos), seguido de Magdalena con 0,10 (1 caso) (tabla 29).



Salud

Tabla 29. Tendencia de casos de tos ferina por departamento de procedencia en las últimas ocho Semanas Epidemiológicas (19 a 26) del 2025, Colombia.

Entidad territorial	Casos acumulados	Incidencia acumulada	Cases PE anterior (SE 19-22)	Cases PE actual (SE 23-26)	Incidencia PE anterior (SE 19-22)	Incidencia PE actual (SE 23-26)	Tendencia de la incidencia
Colombia	451	0,85	73	33	0,14	0,06	↓
Antioquia	104	1,50	22	12	0,32	0,17	↓
Magdalena	2	0,21	0	1	0,00	0,10	↑
Córdoba	7	0,36	2	2	0,10	0,10	↓
Risaralda	14	1,44	1	1	0,10	0,10	↓
Bogotá D.C.	175	2,20	24	8	0,30	0,10	↓
Sucre	3	0,30	0	1	0,00	0,10	↑
Caldas	11	1,05	0	1	0,00	0,10	↑
Bolívar	5	0,41	1	1	0,08	0,08	↑
Tolima	1	0,07	0	1	0,00	0,07	↑
Nariño	4	0,23	3	1	0,17	0,06	↓
Cundinamarca	26	0,71	3	2	0,08	0,05	↓
Valle del Cauca	7	0,34	0	1	0,00	0,05	↑
Santiago de Cali D.E.	5	0,22	1	1	0,04	0,04	↓
Atlántico	6	0,40	3	0	0,20	0,00	↓
Barranquilla D.T.	1	0,07	0	0	0,00	0,00	
Cartagena de Indias D.T.	7	0,66	1	0	0,09	0,00	↓
Boyacá	1	0,08	0	0	0,00	0,00	
Caquetá	2	0,46	1	0	0,23	0,00	↓
Cauca	7	0,44	1	0	0,06	0,00	↓
Cesar	6	0,42	6	0	0,42	0,00	↓
Chocó	11	1,79	3	0	0,49	0,00	↓
Huila	22	1,83	1	0	0,08	0,00	↓
La Guajira	7	0,65	0	0	0,00	0,00	
Santa Marta D.T.	1	0,18	0	0	0,00	0,00	
Meta	4	0,34	0	0	0,00	0,00	
Norte de Santander	1	0,06	0	0	0,00	0,00	
Quindío	2	0,35	0	0	0,00	0,00	
Santander	5	0,21	0	0	0,00	0,00	
Arauca	1	0,31	0	0	0,00	0,00	
Vichada	3	2,35	0	0	0,00	0,00	
Exterior	1	-	-	-	-	-	

Fuente: sivigila 2019-2025p

Seguimiento de brotes en población indígena Semana Epidemiológica 26 del 2025.

Durante el periodo analizado se notificaron 59 casos de tos ferina en población indígena distribuidos en 15 municipios de nueve entidades territoriales. El mayor número de casos se registró en Betulia (Antioquia) con 28 casos, seguido de Bagadó (Chocó) con 8 casos y Bogotá D.C. con 6 casos (tabla 30).

A la fecha, continúan en seguimiento los brotes en población indígena en Bagadó y Tadó (Chocó) y Ciénaga (Magdalena) (tabla 30).

Tabla 30. Casos de tos ferina en etnia indígena, por departamento de procedencia, en Semana Epidemiológica 26 del 2025, Colombia.

Entidad territorial	Municipio	Casos	Estado
Colombia		59	Abierto
Antioquia	Betulia	28	Cerrado
	Urrao	1	Cerrado
Bogotá D.C.	Bogotá D. C.	6	Cerrado
Cauca	Caloto	1	Cerrado
Caldas	Manizales	2	Cerrado
Chocó	Bagadó	8	Abierto
	Tadó	1	Abierto
	El Carmen de Atrato	1	Cerrado
La Guajira	Maicao	1	Cerrado
	Riohacha	2	Cerrado
	Uribia	4	Cerrado
Córdoba	Tierralta	1	Cerrado
Meta	Puerto Gaitán	1	Cerrado
Risaralda	Mistrató	1	Cerrado
Magdalena	Ciénaga	1	Abierto

Fuente: Sivigila 2025p

ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, 08 de julio del 2025

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, en el acumulado 2024-2025p se han confirmado 119 casos de fiebre con 51** defunciones (acumuladas 2024-2025 preliminar), lo que representa una letalidad acumulada preliminar del 38,65 % (46/119).

Durante el año 2024, se registraron 23 casos con 13 fallecimientos. Desde enero del 2025 hasta la fecha, se han confirmado 93 casos de fiebre amarilla, de los cuales 38 resultaron en defunción (cifra preliminar). La distribución geográfica de los casos confirmados acumulados del periodo 2024-2025p corresponden a diez (10) departamentos:

- **Tolima (96 casos):** Ataco (25 casos), Villarrica (18), Prado (17), Cunday (16), Chaparral (7), Purificación (6), Dolores (4), Rioblanco (2), Ibagué (1), Palocabildo (1), Valle de San Juan (1) y Espinal (1).
- **Caldas:** Neira (1 caso).
- **Caquetá (2 casos):** Cartagena del Chairá (1 caso) y El Doncello (1 caso).
- **Cauca:** Piamonte (1 caso).
- **Guaviare:** San José del Guaviare (1 caso).
- **Huila:** Campoalegre (1 caso).
- **Meta (3 casos):** Granada (1 caso), La Macarena (1 caso) y San Martín (1 caso).
- **Nariño:** Ipiales (2 casos).
- **Putumayo (8 casos):** Orito (4 casos), Villagarzón (2 casos), San Miguel (1 caso) y Valle del Guamuez (1 caso).
- **Vaupés:** Mitú (1 caso).

Las 51** defunciones acumuladas 2024-2025p, se han presentado en nueve (9) departamentos: Tolima (36), Putumayo (6), Meta (3), Caquetá (1), Nariño (1), Caldas (1), Cauca (1), Guaviare (1) y Huila (1).

** Cinco (5) casos de mortalidad de Tolima: Cunday (2), Valle de San Juan (1), Dolores (1), Chaparra (1) fueron excluidos del indicador de letalidad su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla.



Salud



Entre los 119 casos confirmados, la edad promedio es de 42,7 años (con una edad mínima de 2 años y una máxima de 92 años), con una distribución por sexo de 24 mujeres y 95 hombres. Los grupos de edad más afectados son los mayores de 65 (25 casos) y las personas entre 60 y 64 años (12 casos).

Se ha confirmado la presencia del virus de la fiebre amarilla en 57 primates no humanos (PNH). De estos, 40 corresponden al departamento de Tolima en los municipios de Chaparral (17), Ataco (10), Planadas (6), Rioblanco (3), Cunday (1), Purificación (1), Villarrica (1), San Antonio (1); ocho (8) de ellos se registraron en el departamento del Huila en los municipios de Neiva (3), Palermo (3) Aipe (2); uno (1) procedente del departamento del Meta en el municipio de Villavicencio y ocho (8) procedentes de Putumayo en los municipios de Mocoa (6) y Orito (2). La situación se encuentra bajo seguimiento en Sala de Análisis del Riesgo Nacional, con despliegue de equipos de respuesta inmediata (ERI) del INS.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional– INS

Actualización brote de fiebre amarilla en zona rural del departamento del Tolima, 08 de julio del 2025

Situación con ocurrencia en los municipios de Ataco, Cunday, Chaparral, Dolores, Ibagué, Palocabildo, Prado, Purificación, Villarrica, Valle de San Juan, Rioblanco y Espinal en el departamento del Tolima. Este brote inició en octubre de 2024, y hasta la fecha se han confirmado 99 casos acumulados de fiebre amarilla (98 por laboratorio y uno por nexo epidemiológico). Los últimos casos confirmados de fiebre amarilla, registrados el 08 de julio de 2025, corresponden a un hombre de 19 años, agricultor, procedente de la vereda “Pando Soledad” en el municipio de Ataco, sin antecedente vacunal registrado, presentó síntomas desde el 30 de junio y falleció el 07 de julio de 2025, con resultado positivo por PCR para fiebre amarilla del 08 de julio; y una mujer de 20 años, ama de casa de la misma procedencia y con antecedente vacunal, quien inició síntomas el 30 de junio y actualmente se encuentra hospitalizada y con resultado positivo para PCR de fiebre amarilla del 08 de julio.

** Cinco (5) casos de mortalidad de Tolima: Cunday (2), Valle de San Juan (1), Dolores (1), Chaparral (1) fueron excluidos del indicador de letalidad su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla.

** Las procedencias de los casos pueden variar según acuerdos que se lleven con la entidad territorial de procedencia de los casos. Los datos de mortalidad y letalidad pueden variar por la notificación y la clasificación final del caso en la unidad de análisis. El proceso de identificación de la muerte depende del diagnóstico del médico tratante, hallazgos de laboratorio (viroológico y patológico) y análisis epidemiológico.

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.



Se han registrado 36** fallecidos para una letalidad acumulada 2024-2025 preliminar del 31,3 %** (31/99).

Se ha identificado el virus de la fiebre amarilla en 40 primates no humanos (PNH) con la siguiente distribución por municipio: Purificación (1), Cunday (1), Ataco (10), Chaparral (17), Planadas (6), Rioblanco (3), Villarrica (1) y San Antonio (1).

Fuente: Secretaría de Salud Departamental de Tolima, Sistema de Alerta Temprana – INS

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 27 del 2025 no se notificaron casos o alertas de mpox clado Ib, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunclo; tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional– INS

ALERTAS INTERNACIONALES

Influenza A(H5N1) en humanos en Camboya. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 05 de julio del 2025.

En 2025, hasta el 01 de julio del 2025, Camboya notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 11 casos confirmados de infección humana con el virus de la influenza A(H5N1) (clado 2.3.2.1e- en los casos en los que se dispone de secuencias de virus hasta la fecha), incluidas seis muertes, letalidad: 54 %. Siete de 11 casos se reportaron en el mes de junio. Los casos se identificaron en las provincias de Siem Reap (4), Takeo (2), Kampong Cham (1), Kampong Speu (1), Kratie (1), Prey Veng (1), Svay Rieng (1).

Los hombres representan el 63 % de los casos. El 54 % pertenecen al grupo de edad de 18 a 65 años. El 100 % de casos tuvo exposición (manejo o sacrificio) de aves de corral enfermas (la mayoría de traspaso). En el documento no se menciona identificación de transmisión persona a persona.

La OMS evalúa el riesgo para la población general como bajo y de bajo a moderado para población expuesta ocupacionalmente al virus.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Gripe aviar A(H5N1) - Camboya. Fecha de publicación: 05 de julio de 2025. Fecha de consulta: 05 de julio de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases-outbreak-news/item/2025-DON57>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a Semana Epidemiológica 27 de 2025

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



Salud

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 27

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por Animales Potencialmente Transmisores de Rabia			Dengue Grave			Dengue con signos de alarma			Hepatitis A			IRAG inusitado			Malaria			
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, 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 probables y los criterios del evento			Casos confirmados por laboratorio			
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	
Amazonas	35	1	0	262	30	21	0	0	0	69	12	8	0	0	0	2	0	0	1.322	102	116	
Antioquia	331	14	11	11.110	1.286	1.574	50	4	7	2.156	140	306	449	36	17	54	7	10	6.667	1.047	739	
Arauca	56	3	2	468	52	65	23	1	2	660	48	94	2	0	0	33	6	4	453	6	55	
Atlántico	59	3	4	2.382	257	327	35	5	3	1.182	75	94	2	1	1	4	1	2	0	0	0	
Barranquilla D.E.	9	1	0	2.513	230	319	29	2	3	847	53	46	11	2	1	16	2	5	0	0	0	
Bogotá D.C.	2	0	0	12.999	1.664	1.807	0	0	0	0	0	0	66	11	4	7	0	2	0	0	0	
Bolívar	163	6	4	1.711	191	215	28	6	5	1.029	147	167	1	0	0	3	1	0	1.014	111	133	
Boyacá	35	2	0	3.879	456	562	2	0	0	230	16	34	4	1	0	1	0	0	772	0	56	
Buenaventura D.E.	12	0	0	67	12	7	3	0	0	53	8	7	0	0	0	0	0	0	1.036	175	125	
Caldas	41	2	0	2.227	270	312	1	0	0	161	21	16	8	1	2	28	4	3	17	2	2	
Santiago de Cali D.E.	5	0	0	2.847	397	406	18	5	0	949	190	87	56	28	2	37	5	4	7	1	0	
Caquetá	132	2	0	633	85	92	28	1	3	833	55	55	2	0	1	2	1	0	298	7	19	
Cartagena de Indias D.T.	10	0	2	1.041	122	133	49	3	1	1.054	34	40	4	0	0	0	0	3	0	3	0	
Casanare	93	3	3	972	104	156	5	4	0	404	140	76	26	1	6	3	0	2	3	4	0	
Cauca	63	1	1	3.082	419	448	10	1	1	340	28	21	17	1	1	5	1	0	1.395	333	48	
Cesar	169	6	4	1.710	177	242	38	7	7	941	174	162	3	0	0	14	1	9	13	3	0	
Chocó	120	4	1	161	14	22	5	1	0	112	17	29	2	0	0	0	1	0	0	11.514	2.530	1.053
Córdoba	153	5	4	2.889	350	439	22	5	7	2.349	132	358	3	2	0	6	1	1	3.613	938	227	
Cundinamarca	47	0	0	8.264	968	1.226	19	1	0	1.292	92	85	10	2	0	15	1	0	0	0	0	
Guainía	16	0	0	103	11	19	0	0	0	9	2	1	0	0	0	0	0	0	982	308	72	
Guaviare	62	3	0	215	23	26	4	0	0	200	9	47	1	0	0	1	0	0	613	107	51	
Huila	92	2	4	3.658	412	488	82	10	10	990	176	68	6	1	1	3	0	1	1	0	0	
La Guajira	72	6	6	1.251	161	179	27	3	3	1.190	73	93	2	1	0	6	1	2	30	1	0	
Magdalena	80	4	8	1.461	182	176	9	2	2	456	64	117	0	0	0	3	1	0	4	1	1	
Meta	169	5	5	2.477	267	381	90	5	19	2.635	223	347	42	2	4	9	2	0	582	50	127	
Nariño	69	1	1	4.155	495	623	10	1	1	224	21	27	3	1	0	13	3	2	5.802	1.018	583	
Norte de Santander	188	7	4	3.669	400	555	71	4	8	2.338	139	415	20	12	0	1	0	1	309	220	29	
Putumayo	107	4	4	1.007	114	140	16	0	3	843	31	65	0	0	0	2	0	1	52	5	3	
Quindío	11	0	0	1.700	215	233	1	0	0	203	7	24	26	1	1	4	0	1	3	2	0	
Risaralda	30	1	4	2.453	302	365	9	0	0	339	11	22	5	1	0	0	0	0	1.644	304	124	
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	269	25	35	0	0	0	20	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Santa Marta D.T.	25	1	6	1.265	103	154	3	1	0	163	15	28	1	0	0	5	0	2	0	0	0	
Santander	137	5	3	4.410	479	626	43	5	6	2.339	251	361	69	5	1	11	2	2	11	1	1	
Sucre	54	3	0	1.678	184	260	22	6	5	1.602	152	231	2	0	0	3	1	0	52	6	5	
Tolima	103	1	0	4.011	464	585	53	5	7	1.598	245	187	4	1	0	17	3	3	0	0	0	
Valle del Cauca	47	1	2	4.993	574	720	24	2	2	1.038	146	134	15	4	0	38	6	7	51	5	6	
Vaupés	27	1	2	123	12	22	1	0	0	10	2	0	11	0	1	1	0	0	2.800	213	285	
Vichada	26	0	0	141	18	11	2	0	1	224	6	59	0	0	0	0	0	0	1.070	148	100	
Total nacional	2.850	98	85	98.256	11.522	13.971	832	90	106	31.082	2.957	3.912	873	115	43	348	45	64	42.136	7.745	3.963	

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 27

Decremento
Incremento

Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias	Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general	Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio							
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado		
Amazonas	3	4	1	3.461	775	421	0	0	0	105	13	18	2.958	379	418	11	9	11		
Antioquia	149	27	43	531.170	85.213	73.513	3.203	976	960	27.250	3.389	4.402	191.846	36.466	27.148	340	478	340		
Arauca	7	2	2	14.316	2.520	2.169	50	3	25	1.992	162	375	4.555	777	684	15	36	15		
Atlántico	8	4	1	87.224	11.571	16.568	1.078	200	338	1.845	262	400	39.555	5.247	6.298	61	129	61		
Barranquilla D.E.	24	12	5	127.303	19.431	24.486	1.104	285	294	7.052	423	1.329	50.954	7.241	8.511	82	164	82		
Bogotá D.C.	150	41	42	1.050.027	166.326	159.532	5.335	2.068	2.051	50.507	7.255	9.076	420.237	58.984	43.933	327	471	327		
Bolívar	7	4	1	73.163	12.385	12.037	247	134	68	1.453	230	251	16.874	3.031	3.007	82	125	82		
Boyacá	26	4	7	80.142	14.795	12.449	273	114	93	4.553	629	886	28.343	4.050	3.146	59	79	59		
Buenaventura D.E.	3	1	1	3.566	873	530	8	1	0	76	0	18	1.593	454	249	36	45	36		
Caldas	15	2	4	50.485	8.707	7.574	785	186	246	2.139	349	421	17.237	2.680	2.035	46	54	46		
Santiago de Cali D.E.	46	13	17	154.233	27.041	21.543	398	120	101	5.932	673	1.227	56.877	11.531	6.265	131	160	131		
Caquetá	8	4	2	16.897	3.887	2.972	20	14	8	1.043	166	171	7.527	1.694	1.053	21	38	21		
Cartagena de Indias D.T.	10	4	3	117.454	17.683	20.509	920	262	292	7.262	401	1.059	31.277	5.000	5.221	73	137	73		
Caquetá	4	2	1	15.753	3.208	3.376	16	18	8	257	83	75	6.251	1.200	937	33	44	33		
Cauca	19	6	3	67.960	11.214	8.721	363	84	124	2.627	213	472	22.565	4.795	2.882	82	142	82		
Cesar	12	4	4	75.284	11.474	11.841	260	75	79	3.784	659	562	16.389	4.062	2.551	107	149	107		
Chocó	10	2	4	16.321	1.907	2.380	13	5	3	1.252	152	151	8.049	976	1.434	47	105	47		
Córdoba	21	3	6	117.622	15.075	17.715	798	239	245	4.230	514	579	33.440	5.108	4.312	119	223	119		
Cundinamarca	47	8	13	231.882	32.921	35.935	973	413	334	8.396	1.133	1.575	87.178	11.743	10.243	186	228	186		
Guainía	0	0	0	1.479	194	297	1	0	0	70	25	20	950	149	197	9	10	9		
Guaviare	0	0	0	4.000	745	722	32	7	9	166	46	27	1.853	301	281	7	8	7		
Huila	11	3	2	65.526	12.572	11.392	396	118	168	3.422	469	583	24.673	4.247	2.845	60	101	60		
La Guajira	6	2	3	123.247	12.287	19.757	150	74	32	1.457	507	253	20.437	4.728	3.145	132	219	132		
Magdalena	4	3	2	62.647	8.317	10.566	68	19	10	2.271	204	439	18.831	3.792	2.966	70	105	70		
Meta	11	3	1	50.688	9.046	10.380	127	116	46	2.105	245	424	27.097	4.361	3.914	93	95	93		
Nariño	37	8	16	86.122	14.709	13.205	94	50	27	4.920	555	847	27.565	7.121	3.562	112	115	112		
Norte de Santander	40	8	14	99.353	13.019	13.569	465	147	177	5.370	908	902	30.841	5.695	4.079	76	131	76		
Putumayo	5	0	0	20.171	2.996	3.242	23	11	11	826	149	149	6.706	1.107	939	22	33	22		
Quindío	6	1	3	32.842	6.640	4.379	247	74	76	1.744	343	292	14.188	2.552	1.813	20	35	20		
Risaralda	19	1	7	68.277	9.987	9.099	259	65	96	3.260	343	495	19.029	3.414	2.012	40	64	40		
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	4.547	728	682	1	3	0	521	79	89	1.616	311	229	8	6	8		
Santa Marta D.T.	5	2	2	41.750	2.918	7.272	503	132	160	1.822	183	332	11.363	1.614	1.910	28	53	28		
Santander	57	7	19	140.241	16.600	23.783	1.264	435	398	9.555	1.033	1.573	49.882	7.175	6.162	76	131	76		
Sucre	8	2	2	49.335	8.697	8.466	854	238	308	4.018	600	791	12.559	3.158	2.204	53	107	53		
Tolima	18	4	4	89.153	14.599	14.748	250	97	97	6.111	565	1.118	35.195	4.870	4.439	56	89	56		
Valle del Cauca	36	8	5	93.144	14.763	13.912	462	122	136	2.267	301	415	36.408	6.104	4.502	88	114	88		
Vaupés	11	2	4	2.899	334	667	6	20	5	34	15	9	1.269	96	275	4	8	0		
Vichada	3	1	1	1.977	485	295	1	0	0	10	4	1	947	174	145	17	20	17		
Total nacional	846	202	245	3.871.661	596.642	600.704	21.047	6.915	7.025	181.704	23.280	31.796	1.385.114	237.969	175.946	2.829	4.259	2.829		



Salud

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 27

Decremento
Incremento

	Parotiditis			Síndrome de rubéola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			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		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	1	0	0	0	1	0	1	0	1	30	5	2	14	2	0
Antioquia	380	61	35	18	4	0	1.028	40	133	1.288	208	159	412	31	22
Arauca	16	2	1	3	1	0	9	0	3	85	12	5	45	16	14
Atlántico	43	4	6	0	1	0	19	1	2	432	71	73	71	5	9
Barranquilla D.E.	91	7	17	0	1	0	21	3	4	431	58	80	139	17	24
Bogotá D.C.	813	111	117	394	3	16	1.580	86	301	2.702	385	386	1.627	168	152
Bolívar	28	2	2	1	1	0	16	2	2	327	28	52	34	6	5
Boyacá	111	17	15	12	1	0	20	6	5	456	67	77	231	31	23
Buenaventura D.E.	1	0	0	0	1	0	0	0	0	23	2	6	5	0	0
Caldas	41	6	3	0	0	0	21	2	2	263	34	24	31	2	2
Santiago de Cali D.E.	85	22	3	1	1	1	17	4	3	604	84	60	337	13	11
Caquetá	21	2	0	0	0	0	5	4	1	150	15	17	13	0	2
Cartagena de Indias D.T.	31	4	2	1	1	0	16	2	2	251	42	21	14	1	0
Casanare	16	3	1	5	0	0	1	2	0	83	15	10	5	2	1
Cauca	37	7	1	1	1	0	20	3	0	346	38	24	198	24	12
Cesar	33	4	5	0	1	0	13	4	6	172	31	21	19	4	4
Chocó	8	0	1	3	0	0	88	4	6	31	4	4	15	0	1
Córdoba	85	15	5	1	1	0	26	1	1	574	94	56	84	10	16
Cundinamarca	235	33	27	133	2	5	351	21	81	1.334	167	183	308	37	24
Guainía	4	0	0	1	1	0	1	0	1	64	2	9	0	0	0
Guaviare	8	1	0	2	1	0	0	0	0	49	2	3	3	2	0
Huila	85	14	13	2	1	0	60	10	5	377	38	21	66	11	9
La Guajira	15	3	1	0	1	0	10	1	0	265	26	17	35	7	8
Magdalena	23	2	0	0	1	0	15	1	10	199	15	26	12	0	0
Meta	43	7	2	7	1	1	47	5	6	315	50	43	54	14	10
Nariño	90	16	10	1	1	0	57	11	10	336	61	41	59	8	5
Norte de Santander	110	15	4	2	1	0	18	6	4	481	70	67	54	7	16
Putumayo	15	4	0	1	1	0	14	1	1	131	22	5	75	14	5
Quindío	20	4	2	1	1	0	10	1	0	176	30	25	55	4	1
Risaralda	25	5	2	0	1	0	41	1	4	396	36	40	28	4	3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	11	0	2	0	1	0	0	0	0	17	2	4	0	0	0
Santa Marta D.T.	6	1	2	0	0	0	3	2	0	80	7	12	18	1	1
Santander	57	9	11	0	1	0	41	12	9	367	55	50	159	29	38
Sucre	42	8	5	2	1	0	31	10	7	259	31	39	111	9	6
Tolima	30	6	5	6	1	0	18	4	3	571	74	50	78	17	3
Valle del Cauca	82	12	12	2	1	0	15	6	3	677	86	51	178	7	11
Vaupés	1	0	0	3	1	0	0	2	0	7	2	0	9	0	0
Vichada	1	0	0	0	1	0	3	0	0	6	4	0	6	3	0
Total nacional	2.744	398	312	603	33	23	3.636	257	616	14.355	1.935	1.763	4.602	506	438

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 27

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikungunya		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
Tipo de casos incluidos para el análisis	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		Casos confirmados por clínica		Clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	27	42	0	0	0	0	35	40	7	7
Antioquia	0	0	0	1	938	1.649	1	0	0	1	2.745	2.652	633	667
Arauca	1	0	0	0	164	104	0	0	0	0	88	106	11	10
Atlántico	0	0	0	0	195	169	0	0	0	0	462	491	1	3
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	104	156	0	0	0	0	452	491	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	1.708	1.551	1	1	1	1	2.511	2.788	0	0
Bolívar	0	0	0	0	222	313	0	0	0	0	286	278	217	258
Boyacá	1	0	0	0	252	281	0	0	0	0	508	536	70	154
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	72	101	0	0	0	0	48	42	8	8
Caldas	0	0	0	0	90	102	0	0	0	1	627	537	105	109
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	245	335	1	0	0	0	838	978	1	0
Caquetá	0	0	0	0	111	83	0	0	0	0	129	114	134	130
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	131	271	0	0	0	0	282	292	1	0
Casanare	5	1	0	0	181	148	0	0	0	0	145	173	4	1
Cauca	0	0	0	0	161	159	0	0	0	0	438	415	31	39
Cesar	3	0	0	0	372	522	0	0	0	0	307	332	63	267
Chocó	0	0	0	0	393	501	0	0	0	0	56	73	138	122
Córdoba	0	0	0	0	307	254	0	0	0	0	512	548	95	97
Cundinamarca	0	0	0	0	659	633	0	0	0	0	1.095	1.319	97	97
Guainía	0	0	0	0	33	30	0	0	0	0	14	17	7	12
Guaviare	0	0	0	0	61	45	0	0	0	0	29	31	188	71
Huila	0	0	0	0	234	263	0	1	0	1	440	369	5	5
La Guajira	0	0	0	0	926	863	1	0	0	0	140	203	14	12
Magdalena	0	0	0	0	294	448	0	0	0	0	183	200	3	6
Meta	0	0	0	0	222	230	0	0	0	0	365	334	110	58
Nariño	0	1	0	0	367	390	0	0	0	0	720	833	141	127
Norte de Santander	0	0	0	0	356	390	2	0	0	0	537	610	130	110
Putumayo	0	0	0	0	105	112	0	0	0	0	168	155	139	144
Quindío	0	0	0	0	55	43	0	0	0	0	279	237	0	0
Risaralda	0	0	0	0	204	263	0	0	0	0	601	650	65	74
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	5	3	0	0	0	0	11	17	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	48	88	0	0	0	0	145	180	5	10
Santander	1	1	0	0	237	305	0	0	0	0	793	910	343	455
Sucre	0	0	0	0	121	212	0	2	0	0	245	267	58	45
Tolima	0	0	0	0	184	179	0	0	1	2	626	578	163	126
Valle del Cauca	0	0	0	0	221	363	0	0	1	0	672	709	8	7
Vaupés	0	0	0	0	42	18	0	0	0	0	34	52	28	6
Vichada	0	0	0	0	159	123	0	0	0	0	13	12	22	11
Total nacional	11	3	0	1	10.204	11.742	7	4	4	6	17.578	18.569	3.045	3.248



Salud

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 27

Decremento
Incremento

Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico	Casos confirmados por clínica		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos		
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	1	0	0	0	2	0	3	1	1	0	1	0
Antioquia	9	4	15	12	5	1	15	30	7	6	72	143
Arauca	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	3	5
Atlántico	2	2	5	4	1	0	4	2	4	3	16	16
Barranquilla D.E.	2	1	3	2	1	1	2	2	1	0	14	28
Bogotá D.C.	1	2	15	9	0	1	31	12	0	0	82	317
Bolívar	4	1	6	2	1	0	6	4	7	2	13	1
Boyacá	0	0	2	1	1	2	3	3	0	1	14	15
Buenaventura D.E.	1	0	2	1	0	2	2	2	2	1	3	2
Caldas	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	11	2
Santiago de Cali D.E.	5	0	4	3	0	2	5	8	1	0	24	36
Caquetá	0	0	1	1	0	0	5	1	2	1	4	0
Cartagena de Indias D.T.	2	0	4	1	0	1	5	3	2	1	11	11
Casanare	0	0	2	3	1	0	1	0	1	1	5	7
Cauca	1	0	5	1	2	2	6	5	1	2	17	9
Cesar	2	1	7	8	4	3	5	4	10	6	15	14
Chocó	1	0	8	4	17	5	18	20	23	13	6	4
Córdoba	1	1	8	4	1	3	7	7	4	5	20	19
Cundinamarca	3	2	8	5	0	2	8	12	2	1	38	36
Guainía	0	0	0	2	1	0	1	1	1	1	0	0
Guaviare	0	3	0	0	0	2	1	0	0	0	1	0
Huila	2	4	4	2	0	0	5	2	2	1	13	11
La Guajira	0	1	11	8	16	10	20	9	29	19	11	0
Magdalena	1	1	6	0	1	1	7	6	9	5	10	2
Meta	0	0	5	1	1	1	4	5	4	2	12	7
Nariño	0	2	7	5	1	2	7	12	3	2	18	6
Norte de Santander	2	0	6	2	1	1	3	1	4	0	18	14
Putumayo	0	2	1	0	0	0	2	1	1	0	4	3
Quindío	3	1	1	1	0	1	2	0	0	0	6	5
Risaralda	4	4	3	2	5	6	5	5	5	3	10	2
Archipiélagos de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Santa Marta D.T.	1	0	5	0	1	0	2	0	0	0	6	9
Santander	3	0	6	3	1	0	5	2	1	0	25	14
Sucre	1	0	3	1	0	0	3	5	1	0	11	21
Tolima	6	8	4	2	2	0	6	3	1	0	14	8
Valle del Cauca	2	2	3	2	1	0	7	7	4	1	21	32
Vaupés	0	0	0	0	2	4	2	0	0	1	0	0
Vichada	0	0	2	1	2	0	1	3	6	5	1	0
Total nacional	273	413	163	93	73	54	208	180	129	83	553	799

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

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 27

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica	Casos probables y Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico	Casos sospechosos						
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	2	3	9	13	0	0	33	38	1	0	283	357
Antioquia	90	67	612	693	0	0	1.731	2.431	56	81	11.624	10.406
Arauca	25	11	91	95	0	0	69	69	1	0	564	654
Atlántico	28	9	178	190	0	0	212	296	8	17	1.233	1.394
Barranquilla D.E.	43	9	225	190	0	0	402	481	9	14	1.267	1.418
Bogotá D.C.	90	36	477	495	0	0	781	766	20	12	14.823	17.012
Bolívar	23	19	151	172	1	0	80	123	3	1	1.201	1.303
Boyacá	11	14	54	46	0	0	76	115	1	1	2.049	2.396
Buenaventura D.E.	13	11	75	61	0	0	82	127	3	2	204	161
Caldas	8	15	66	97	0	0	160	146	2	0	1.534	1.588
Santiago de Cali D.E.	15	7	234	278	0	1	756	778	25	26	4.063	3.748
Caquetá	4	8	45	56	0	0	118	151	3	1	556	559
Cartagena de Indias D.T.	38	24	158	228	0	2	201	269	2	6	710	765
Casanare	20	19	66	84	0	1	74	114	2	5	439	472
Cauca	9	9	101	85	0	2	136	157	2	1	1.724	1.668
Cesar	23	12	180	141	0	0	182	247	1	5	1.082	1.096
Chocó	27	19	122	128	0	0	96	138	1	1	212	247
Córdoba	15	6	169	141	1	0	124	161	2	6	1.907	1.671
Cundinamarca	37	26	189	261	0	0	275	317	7	5	6.674	7.973
Guainía	3	3	8	8	0	0	9	10	0	0	102	105
Guaviare	2	2	13	11	0	0	24	20	1	0	149	184
Huila	7	4	83	74	0	0	191	247	5	7	3.258	3.297
La Guajira	39	19	189	214	0	0	241	339	4	4	698	733
Magdalena	17	14	119	126	0	2	76	101	1	1	746	814
Meta	28	23	129	167	0	0	303	451	10	15	1.230	1.298
Nariño	9	8	127	124	0	0	97	119	3	3	2.120	2.755
Norte de Santander	51	31	260	297	0	0	330	407	8	4	1.995	2.090
Putumayo	4	2	52	56	0	1	48	72	2	2	653	819
Quindío	5	1	51	60	0	0	135	169	2	1	1.338	1.321
Risaralda	16	14	91	109	0	0	299	403	13	8	1.922	1.940
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	1	3	7	0	0	3	12	0	0	101	136
Santa Marta D.T.	10	6	58	89	0	0	111	167	2	3	356	401
Santander	36	29	219	261	0	0	435	742	15	7	3.227	3.502
Sucre	15	12	112	105	1	0	49	61	0	0	987	1.006
Tolima	16	16	90	78	0	1	273	415	7	7	1.553	1.741
Valle del Cauca	15	20	155	190	0	0	350	457	10	15	3.575	3.833
Vaupés	1	0	2	2	0	0	6	11	0	0	105	210
Vichada	2	8	22	27	0	0	18	9	0	1	120	110
Total nacional	812	537	5.245	5.459	3	10	8.889	11.136	0	0	76.386	81.183



Salud



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica 27
29 de junio al 5 de julio de 2025

TEMA CENTRAL COVID-19 en Colombia

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Dr. Hernán Quijada Bonilla

Director Vigilancia y Análisis del Riesgo 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



Boletín epidemiológico semanal

Autores: Tema central: Ximena Castro. Situación nacional: Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Méndez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanubý Salgado Sanchez, Claudia Marcella Huguett Aragón.

Mortalidad: Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Natalí Paola Cortés Molano, Ana María García Bedoya. Eventos trazadores: Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. Brote y alertas: Gestor sistema de alerta temprana, Eliana Mendoza, Claudia Marcela Montaño Fuertes. Tablas de mando: Gina Paola Flórez Piñeros, Claudia Marcella Huguett Aragón. Editor: Hernán Quijada Bonilla. Correctores de estilo: Mónica Lucía Suárez, Jaime Alberto Guerrero Montilla. Diseño y diagramación: Wilbert Saul Daza.

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

46# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.27>