



# LINEAMIENTO TÉCNICO PARA LA VERIFICACIÓN DE CRITERIOS DE CONTROL EN FIEBRE AMARILLA ANTE SITUACIONES DE EMERGENCIA O ALERTAS EN SALUD PÚBLICA

---

**Ministerio de Salud y Protección Social**

Dirección de Promoción y Prevención

Subdirección de Enfermedades Transmisibles

Grupo Gestión Integrada Enfermedades Endemo-epidémicas

Enero de 2026

Versión 1



## MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTINEZ**

Ministro de Salud y Protección Social

**JAIME HÉRNAN URREGO MARTINEZ**

Viceministro de Salud y Prestación de Servicios

**LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA**

Viceministro de Protección Social

**RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA**

Secretario General

**TATIANA LEMUS PEREZ**

Directora de Promoción y Prevención

**HERIBERTO VASQUEZ SERNA**

Director de epidemiología y demografía (E)

**MARIA VICTORIA HERRERA ROA**

Subdirectora de Enfermedades Transmisibles

**MAURICIO JAVIER VERA SOTO**

Coordinador Grupo Enfermedades Endemo-epidémicas

**CLAUDIA LILIANA SOSA MESA**

Coordinadora Grupo Enfermedades Inmunoprevenibles

**LEYDY JOHANA MORALES CARVAJAL**

Subdirectora de Salud Ambiental



**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS)**

**DIANA MARCELA PAVA GARZÓN**

Directora General

**LINA YESSSENIA LOZANO LESMES**

Dir. Técnico (E) Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

**CLAUDIA YANETH RINCÓN ACEVEDO**

Subdirectora Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

**LINA YESSSENIA LOZANO LESMES**

Subdirectora Análisis de Riesgo y Respuesta Inmediata en salud pública

**JAVIER ENRIQUE GUZMÁN CARRASCAL**

Director Redes en Salud Pública

**MARISOL GALINDO BORDA**

Subdirectora Laboratorio Nacional de Referencia

**SUSANNE CAROLINA ARDILA ROLDÁN**

Coordinadora Grupo de Entomología

**SERGIO YEBRAIL GÓMEZ RANGEL**

Coordinador Grupo de Virología



**Documento técnico elaborado por:**

Cesil Alfonso Solís Medina  
Diego Alejandro Yasnó Salazar  
Diego Montenegro López  
Larry Niño Arias  
Lucas Andrés Alcalá  
Mauricio Javier Vera Soto  
Mirley Castro Salas

**Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades endemo-epidémicas MSPS**

Ana Cristina Guerra Herrera  
Claudia Liliana Sosa Mesa  
Jacqueline Palacios Gonzalez  
Liliana Prieto Lozano  
Maria Claudia Acevedo Ritter

**Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles  
PAI – MSPS**

Ruth Castillo Morales  
Susanne Carolina Ardila Roldán  
**LNR Grupo de Entomología -INS**

Lissethe Carolina Pardo Herrera  
**Grupo de Virología - INS**

Henry Sepúlveda Medina  
Irene Alejandra Pinilla Farias  
Luis Carlos Gómez Ortega  
Nieves Johana Agudelo Chivata



Sandra Milena Aparicio Fuentes  
**Grupo endo-epidémicas y relacionadas con la salud sexual -INS**

Diana Alexandra Moreno Santamaría  
Diego Felipe López Ávila  
Fabián Nicolás Moreno Anzola  
Gina Emely Morales Sandoval  
Luz Dary Quintero Torres  
Sandra Paola Castaño Mora  
**Grupo Vigilancia Basada en Comunidad (VBC) -INS**

## 1. Tabla de contenido

2.	<b>INTRODUCCIÓN</b>	7
3.	<b>ALCANCE</b>	9
4.	<b>OBJETIVOS</b>	11
4.1	Objetivo general	11
4.2	Objetivos específicos	11
5.	<b>CRITERIOS DE CONTROL</b>	12
6.	<b>VERIFICACIÓN TÉCNICA</b>	24
7.	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	25
8.	<b>ANEXO 1. Acciones para para cumplimiento de criterios de vacunación</b>	26

## 2. INTRODUCCIÓN

La fiebre amarilla (FA) es una infección viral aguda transmitida por mosquitos, causada por un Flavivirus, que se manifiesta desde síntomas leves hasta formas graves con compromiso hepático y hemorrágico. Aunque prevenible con una sola dosis de vacuna, sigue siendo una amenaza en las zonas tropicales de América y África debido a los mosquitos vectores y cambios socioambientales que facilitan su propagación (OPS, 2005).

En América se han caracterizado dos principales ciclos de transmisión, determinados por el hábitat del vector y los hospederos. El ciclo selvático se presenta en zonas boscosas o rurales, e involucra a primates no humanos (PNH) y a mosquitos de los géneros *Haemagogus* y *Sabethes*, que mantienen la transmisión natural del virus. La infección humana es ocasional y se produce cuando personas no inmunizadas ingresan a estas áreas. El ciclo urbano se presenta en entornos urbanos, donde *Aedes aegypti* es el vector principal y puede originar brotes cuando una persona infectada llega a una ciudad donde existe población susceptible (OPS 2005, INS, 2024). La FA, ha tenido un impacto histórico en la salud pública global.

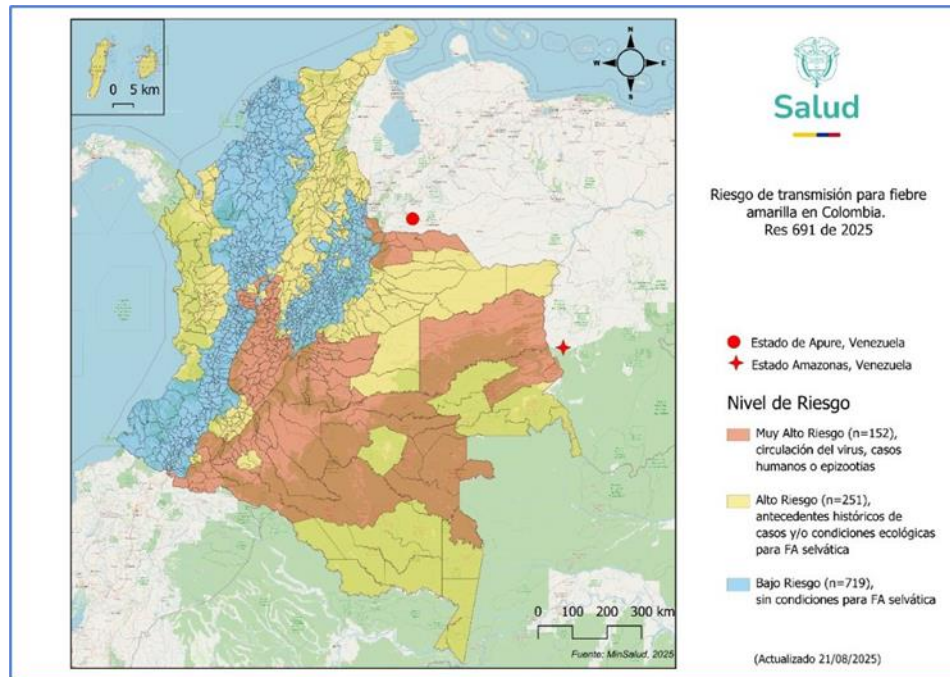
Desde 1970, la FA ha resurgido como una amenaza persistente en las Américas, siendo endémica en 13 países. En Colombia, la incidencia de esta enfermedad se concentra históricamente en áreas selváticas y rurales. Reportes epidemiológicos de finales de 2024 y 2025, indican un aumento significativo de la morbilidad y una notable dispersión geográfica del virus, afectando zonas peri-urbanas y departamentos fuera del bioma amazónico tradicional, lo que representa un alto riesgo para la salud pública. (OPS, 2025).

Desde el inicio del brote en 2024, en Colombia se ha documentado la circulación del virus en diez departamentos del país, con una concentración significativa de casos en Tolima (86%), en doce de sus municipios. Se han identificado casos autóctonos en Putumayo, Meta, Caquetá, Nariño, Vaupés, Caldas, Cauca, Huila y Guaviare. Adicionalmente, se han identificado casos importados procedentes de los estados venezolanos del Estado de Apure y el Estado de Amazonas (BES, INS 2025). La actual dispersión geográfica del virus hacia zonas antes consideradas de bajo riesgo redefine el mapa epidemiológico de la enfermedad en el país, lo que requiere un fortalecimiento de las estrategias de vigilancia, control vectorial y aumento de la cobertura de vacunación.

Como medida de respuesta, Colombia declaró la emergencia sanitaria nacional mediante la Resolución 691 de 2025. Dicha resolución delimita zonas de riesgo categorizadas como alto riesgo y muy alto riesgo según criterios epidemiológicos, entomológicos y ambientales (Figura 1), y establece estrategias clave de salud pública. Estas incluyen la intensificación de la vacunación, disposición inmediata de los equipos básicos de salud, equipos de respuesta inmediata, la gestión eficiente del talento humano y uso de los recursos financieros disponibles del Sistema General de Participaciones (SGP), así como el fortalecimiento de la vigilancia, el diagnóstico y la activación de la alerta hospitalaria nacional.

Esta resolución fue precedida por la Circular Externa No. 012 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual definió las directrices iniciales para la intensificación de las acciones de vigilancia, prevención y control en el país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025). Al ratificar y complementar la circular, la resolución estableció los criterios para que las entidades territoriales categorizaran su situación de salud pública como alerta, emergencia o control en salud pública.

*Figura 1.* Categorización de Riesgo de transmisión de fiebre amarilla en Colombia, Resolución 691 de 2025.



Fuente: Grupo de Enfermedades Endemo-epidémicas, Subdirección de Enfermedades transmisibles, MSPS. Actualizado a 21/08/2025.

El presente documento es una herramienta técnica para estandarizar y facilitar la aplicación homogénea de los criterios de control establecidos en la Circular 012 de 2025 en los niveles departamental y municipal. Su propósito es parametrizar los procedimientos de verificación y soporte técnico que permiten determinar el cumplimiento de los criterios para que los municipios o departamentos ingresen a una situación de control, en concordancia con la situación epidemiológica vigente.

La estructura incluye una tabla diseñada para orientar la validación de los criterios de control definidos en la Circular 012 de 2025. Cada sección aporta los elementos necesarios para que las entidades territoriales, una vez superada la alerta o emergencia por fiebre amarilla, puedan documentar y sustentar el cumplimiento de las acciones requeridas para el ingreso a situación de control.

### 3. ALCANCE

El Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a lo establecido en el Decreto 4107 de 2011, tiene la competencia de formular, adoptar, coordinar y evaluar estrategias de promoción de la salud y la calidad de vida y de prevención y control de enfermedades transmisibles y en materia de salud en situaciones de emergencia o desastres naturales (artículo 2, numerales 4 y 6). Igualmente, dirigir y orientar el sistema de vigilancia en salud pública (numeral 5). En el marco de esta estructura, la Subdirección de Enfermedades Transmisibles —adscrita a la Dirección de Promoción y Prevención— ejerce funciones técnicas para el desarrollo e implementación de políticas, planes y acciones orientadas al control de enfermedades transmisibles, en concordancia con los objetivos misionales del Ministerio (artículo 17).

Según lo establecido en la Resolución 1067 de 2014, los grupos internos de trabajo adscritos a la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social aportan criterios técnicos esenciales para la definición de medidas de control frente a enfermedades transmisibles como la fiebre amarilla. En particular, el Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Endemoepidémicas (numeral 2.1.1.c), el Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles (numeral 2.1.1.a), y la subdirección de Salud Ambiental (numeral 2.1.3), desarrollan funciones orientadas a la vigilancia en salud pública, el análisis de riesgo, la gestión ambiental y la prevención mediante inmunización. El desarrollo de estas funciones contribuye a la formulación de criterios técnicos para la



situación de control de la fiebre amarilla, verificación del cumplimiento para los criterios de coberturas vacunales y efectividad del Plan de Manejo Integrado de Vectores — evidenciada en un riesgo entomológico bajo sostenido, en los establecimientos de salud.

El Instituto Nacional de Salud (INS), conforme al Decreto 4109 de 2011, actúa como instituto científico y técnico adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio (art. 1). Dentro de sus funciones, el INS tiene la responsabilidad de actuar como laboratorio de referencia nacional, coordinar técnicamente la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, y desarrollar, aplicar y transferir ciencia y tecnología en salud y biomedicina (art. 3). En el ejercicio de sus funciones, el INS tiene la competencia de validar la información epidemiológica, entomológica, de epizootias y verificar el cumplimiento de los indicadores establecidos.

Los lineamientos aquí contenidos son de carácter nacional y deben ser adoptados por las entidades territoriales departamentales y municipales, instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, entidades promotoras de salud - EPS y demás actores responsables de la vigilancia epidemiológica, la vacunación, el control de vectores, la gestión del riesgo y el desarrollo de acciones en salud pública.

Estos lineamientos aplican a los municipios de muy alto riesgo conforme a la resolución 691 de 2025; así mismo, a los departamentos y municipios en situación de emergencia o alerta en salud pública conforme a la Circular 012 de 2025. Adicionalmente se articula con la circular 045 de 2025 que intensifica las medidas de control y vacunación contra la fiebre amarilla, en el marco de la emergencia sanitaria vigente.

El alcance de este documento no aplica a la declaratoria de emergencia sanitaria a nivel local con o sin urgencia manifiesta (parágrafo 2, artículo 2.11, resolución 691 de 2025). La derogación de dicha declaratoria dependerá exclusivamente del cumplimiento de las condiciones que la originaron y motivaron.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1 Objetivo general

Establecer criterios técnicos para la verificación de criterios de control en fiebre amarilla ante situaciones de emergencia o alertas en salud pública, en el marco de la Circular 012 de 2025 y la Resolución 691 de 2025 o aquellas que las sustituyan o modifiquen.

### 4.2 Objetivos específicos

- Operativizar los criterios de la Circular 012 de 2025 para alcanzar la situación de control en fiebre amarilla.
- Definir el marco documental que avale y respalde la verificación de la situación de control en fiebre amarilla.
- Establecer el procedimiento de verificación para el cumplimiento de los criterios de control en fiebre amarilla.

## 5. CRITERIOS DE CONTROL

Criterio	Descripción	Acciones para el cumplimiento	Indicador	Formula	Meta	Medios de verificación	Responsable de verificación
5.1 Municipios o departamentos con ausencia de casos humanos y epizootias en los seis (6) meses posteriores al último caso confirmado.	Municipio o departamento con ausencia de casos tanto en humanos como epizootias en los últimos 6 meses después del último caso autóctono confirmado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento a la notificación de los casos confirmados de fiebre amarilla en humanos notificados en el Sivigila.</li> </ul>	Tiempo en días sin identificación de casos de fiebre amarilla en humanos confirmados por laboratorio.	Número de días transcurridos desde el último caso confirmado (desde la fecha de inicio de síntomas)	≥ 180 días (equivalente a 6 meses)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notificación al sistema nacional de vigilancia en salud pública (Sivigila)</li> </ul>	<b>Responsable territorial</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Referente de vigilancia en salud pública departamental y municipal</li> </ul> <b>Responsable nacional</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• INS, Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública</li> <li>• MSPS, Dirección de epidemiología y demografía</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento a la confirmación de epizootias positivas a través del grupo de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles Endoepidémicas y Relacionadas con Salud Sexual del Instituto Nacional de Salud.</li> <li>• Sala de Análisis del riesgo operando para evaluar la situación epidemiológica local y confirmar la</li> </ul>	Tiempo en días sin identificación de casos de fiebre amarilla en PNH confirmados por laboratorio.	Número de días transcurridos desde el último caso confirmado en primates no humanos(epizootia)	≥ 180 días (equivalente a 6 meses)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actas de Sala de Análisis de Riesgo SAR firmada por el equipo funcional, verificada por la entidad territorial y validada por el MSPS y/o el INS.</li> <li>• Certificación técnica emitida el responsable de vigilancia municipal o quien haga sus veces.</li> <li>• Certificación técnica emitida el Coordinador de Salud Pública Departamental o quien haga sus veces.</li> </ul>	

Criterio	Descripción	Acciones para el cumplimiento	Indicador	Formula	Meta	Medios de verificación	Responsable de verificación
		<p>ausencia de nuevos eventos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Emitir acta técnica de verificación firmada por el equipo funcional territorial y validada por el MSPS y el INS.</li> </ul>					
5.2 Vigilancia en salud pública funcionando a nivel institucional: Vigilancia basada en comunidad (VBC) y estrategia de Búsqueda Activa institucional (BAI) para fiebre amarilla.	El municipio debe demostrar que cuenta con un sistema de vigilancia en salud pública activo y funcional, tanto a nivel institucional como comunitario.	<p><b>Cumplimiento institucional:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Garantizar el cumplimiento de la notificación semanal positiva o negativa de todas las UPGD al sistema de vigilancia en salud pública de acuerdo con los lineamientos para la prevención, vigilancia y control establecidos por el INS.</li> <li>Verificar que todas las Unidades Primarias</li> </ul>	Proporción de UPGD activas que realizaron BAI para fiebre amarilla	(Número de UPGD que realizaron búsqueda activa institucional (BAI) para fiebre amarilla / Total de UPGD activas en el territorio) x100	>80% de cumplimiento de realización de estrategia de búsqueda activa institucional (BAI) para fiebre amarilla.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actas del consolidado mensual de la búsqueda activa institucional (BAI) para fiebre amarilla por UPGD y municipio.</li> </ul>	<p><b>Responsable territorial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Referente de vigilancia en salud pública de la entidad territorial municipal y departamental.</li> </ul> <p><b>Responsable Nacional:</b> INS, Dirección de vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública.</p>

Criterio	Descripción	Acciones para el cumplimiento	Indicador	Formula	Meta	Medios de verificación	Responsable de verificación
		Generadoras de Datos (UPGD) realicen el proceso de la búsqueda activa institucional (BAI) para fiebre amarilla de manera mensual, con la verificación del municipio y departamento según soporte consolidado en acta.					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Red de Vigilancia comunitaria territorial.</li> </ul>
		<b>Cumplimiento comunitario:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las entidades territoriales deben tener implementada la estrategia de vigilancia basada en comunidad (VBC) e incluir la fiebre amarilla a nivel sindrómico, dentro de los síndromes febriles ictericos.</li> </ul>	Proporción de agentes comunitarios activos en el reporte de situaciones de interés en salud pública.	(Número de agentes comunitarios activos con reportes durante el periodo epidemiológico - PE (incluye el reporte negativo) / Total de agentes comunitarios registrados en el directorio de la REVCOM) X 100	60% de los agentes comunitarios activos con reportes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matriz de gestión de seguimiento de las situaciones de interés en salud pública y directorio de la REVCOM</li> </ul>	

Criterio	Descripción	Acciones para el cumplimiento	Indicador	Formula	Meta	Medios de verificación	Responsable de verificación
			Proporción de situaciones de interés en salud pública con estado definido por la entidad territorial	(Número de situaciones de interés en salud pública con estado confirmado y descartado / Total de reportes de situaciones de interés en salud pública) x100	100% de las situaciones de interés en salud pública con estado definido	<ul style="list-style-type: none"> <li>Matriz de gestión de seguimiento de las situaciones de interés en salud pública y directorio de la REVCOM</li> </ul>	
5.3 Operación de la vigilancia de epizootias.	El municipio debe contar con un sistema activo de vigilancia de epizootias, que permita la detección, notificación, análisis y respuesta oportuna ante la presencia de eventos en primates no humanos (PNH), conforme a los lineamientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementación de la vigilancia de epizootias de fiebre amarilla a nivel departamental a través del Consejo Territorial de Zoonosis que se ejecutará a nivel departamental, articulando las entidades competentes.</li> <li>Establecer flujograma de la</li> </ul>	Proporción de alertas de epizootias en primates no humanos (PNH) intervenidas por la Corporación Autónoma Regional según su jurisdicción	(número de alertas en PNH verificadas con toma de muestra para procesamiento en el INS/total de alertas en PNH informados por la comunidad y se encuentran registrados en la matriz de seguimiento de la VBC x 100)	≥ 95% de alertas intervenidas por la Corporación Autónoma Regional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Matriz de seguimiento de todas las alertas generadas por la comunidad (efectivas y no efectivas).</li> <li>Actas de implementación de la vigilancia de epizootias en primates no humanos (PNH) del Consejo Territorial de Zoonosis.</li> <li>Flujograma de la ruta</li> </ul>	<b>Responsable territorial:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Referente de zoonosis departamental .</li> <li>Corporaciones Autónomas Regionales y/o Parques Nacionales según su jurisdicción.</li> </ul>

Criterio	Descripción	Acciones para el cumplimiento	Indicador	Formula	Meta	Medios de verificación	Responsable de verificación
	nacionales generados por el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible y el Instituto Nacional de Salud (INS)	ruta de notificación de epizootias en primates no humanos (PNH) para fiebre amarilla desde el nivel municipal hacia los niveles superiores (Soporte flujograma avalado por todos actores involucrados).  • Consolidar las alertas de epizootias en primates no humanos (PNH) para fiebre amarilla	Proporción de alertas de epizootias en primates no humanos (PNH) con respuesta técnica documentada por el sector salud	(Número de alertas en PNH con respuesta técnica / total de alertas en PNH informados por la comunidad y que se encuentran registrados en la matriz de seguimiento de la VBC) x 100	≥ 95% de alertas con respuesta técnica (vacunación dirigida, identificación de vectores, Búsqueda Activa Comunitaria, actividades de comunicación de riesgo, educación en salud)	de notificación de epizootias en primates no humanos (PNH) para fiebre amarilla  • Listado de los actores involucrados en la vigilancia de epizootias	<b>Responsable nacional:</b>  INS, Dirección de vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública  MSPS, Subdirección de Salud ambiental  MSPS, Dirección de epidemiología y demografía
			Porcentaje de casos confirmados de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH)	(Número de casos confirmados en PNH (por laboratorio) de fiebre amarilla / Total de alertas en PNH informados por la comunidad y que se encuentran registrados en la matriz de seguimiento de la VBC) x 100	No aplica		

Criterio	Descripción	Acciones para el cumplimiento	Indicador	Formula	Meta	Medios de verificación	Responsable de verificación
5.4 Cobertura de vacunación contra fiebre amarilla $\geq$ 95%, soportada mediante barrido documentado o evidencia de abordaje al 100% de la población en municipios con casos confirmados.	El municipio debe demostrar que ha alcanzado una cobertura de vacunación contra fiebre amarilla igual o superior al 95% soportada mediante las diferentes estrategias intra y extramural y tácticas de vacunación que evidencien el abordaje al 100% de la población del municipio tanto del área urbana, rural y rural disperso, donde se confirmó la presencia del caso humano o epizootia en articulación con IPS, EAPB y actores comunitarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar antecedentes vacunales para identificar la población susceptible.</li> <li>• Vacunar de manera inmediata a toda la población a partir de 9 meses de edad, incluyendo población mayor de 59 años para alcanzar coberturas de vacunación con diferentes tácticas de vacunación.</li> <li>• Realizar barrido documentado a población de 9 meses y más, incluidos mayores de 59 en zonas urbanas rurales, y rurales dispersas dentro del cerco epidemiológico, garantizando coberturas de</li> </ul>	<p>1. Cobertura de vacunación contra fiebre amarilla en población de 9 meses en adelante incluyendo población mayor de 59 años por barrido documentado por cada vereda, comuna, barrio, manzanas y/o sector</p> <p>NOTA TÉCNICA: En el caso de no corresponder al 95% se aplicará el criterio definido en la circular 012: Deberá demostrar las tácticas de vacunación que evidencien el abordaje al 100% de la población del municipio tanto del área urbana, rural y rural disperso,</p>	Número de personas vacunadas contra la fiebre amarilla de 9 meses de edad en adelante incluyendo población mayor de 59 años por barrido documentado en cada vereda, comuna, barrio, manzanas y/o sector / Total de población de 9 meses en adelante encontrada en el barrido por cada vereda, comuna, barrio, manzanas y/o sector) $\times$ 100	$\geq$ 95% de cobertura en población de 9 meses y más, incluyendo población mayor de 59 años por cada vereda, comuna, barrio, manzanas y/o sector.	Acta de Evaluación para el tránsito a situación de control	<p><b>Responsable territorial:</b></p> <p>Coordinador PAI departamental y municipal</p> <p><b>Responsable nacional;</b> MSPS, Grupo de Gestión de Enfermedades inmunoprevenibles</p>

Criterio	Descripción	Acciones para el cumplimiento	Indicador	Formula	Meta	Medios de verificación	Responsable de verificación
		<p>vacunación del 95%.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Microplanificación de las estrategias y tácticas de vacunación por las entidades territoriales, empresas promotoras de salud y red prestadora de servicios de salud.</li> <li>• Municipios con casos que no realizaron barrido documentado deberán garantizar coberturas de vacunación de susceptibles del 95% por grupos de edad</li> <li>• Registro nominal oportuno en PAIWEB.</li> <li>• Evaluación formal</li> </ul>	<p>donde se confirmó la presencia del caso humano o epizootia en articulación con instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS, entidades promotoras de salud - EPS y actores comunitarios, así mismo se tendrá en cuenta la gestión realizada con respecto a la ruta de seguimiento a la vacunación de personas con contraindicación y disenteria, esto deberá quedar soportado en la respectiva acta.</p> <p>SI SE DA CUMPLIMIENTO AL INDICADOR 1</p>				

Criterio	Descripción	Acciones para el cumplimiento	Indicador	Formula	Meta	Medios de verificación	Responsable de verificación
		para el tránsito a situación de control mediante acta y soportes detallados en lineamientos PAI	NO SE APLICARÁ EL INDICADOR 2				
		<u>Ver detalles en anexo 1</u>	<p>2. Cobertura de vacunación de susceptibles <math>\geq 95\%</math> por cada grupo de edad de la población de 9 meses y más de edad (incluida población mayor de 59 años) del municipio.</p> <p>NOTA TÉCNICA: En el caso de no corresponder al 95% las coberturas de vacunación de susceptibles <math>\geq 95\%</math> por cada grupo de edad de la población de 9 meses y más del municipio, se aplicará el criterio definido en la Circular 012:</p>	<p>Número de personas vacunadas contra fiebre amarilla por cada grupo de edad de la población de 9 meses a 59 años del municipio/ Total de población susceptible por cada grupo de edad de 9 meses a 59 años y más <math>\times 100</math></p>	$\geq 95\%$ de cobertura por cada grupo de edad del municipio	<p>1. Acta de Evaluación por Municipio para el tránsito a situación de control</p> <p>2. Base de seguimiento de población susceptible Total y por grupos de edad (9 a 23 meses, 2 a 19 años, 20 a 59 años y 60 años y más) dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social</p>	<p><b>Responsable territorial:</b></p> <p>Coordinador PAI departamental y municipal</p> <p><b>Responsable nacional;</b></p> <p>MSPS, Grupo de Gestión de Enfermedades inmunoprevenibles</p>

Criterio	Descripción	Acciones para el cumplimiento	Indicador	Formula	Meta	Medios de verificación	Responsable de verificación
			deberá demostrar las tácticas de vacunación que evidencien el abordaje al 100% de la población del municipio tanto del área urbana, rural y rural disperso, <u>así mismo se tendrá en cuenta la cobertura por aseguramiento con respecto a la base única de afiliados y registro en PAIWEB.</u>				
5.5 Establecimientos* prestadores de servicios de salud habilitados con urgencias y/o hospitalización, con riesgo entomológico cero** evidenciado en los últimos seis (6) meses***	<ul style="list-style-type: none"> <li>los establecimientos hacen referencia a las sedes de las instituciones prestadoras de servicios de salud; una IPS puede tener varias sedes que cumplen criterios de inclusión; la unidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar todas las sedes de las instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas con servicios de urgencias y/o hospitalización en el municipio (según REPS) o las establecimientos de</li> </ul>	Proporción de sedes de instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas con urgencias y/o hospitalización con plan de Manejo Integrado de Vectores - MIV	Número de sedes de instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas con urgencias y/o hospitalización con plan de Manejo Integrado de	100% de sedes de instituciones prestadoras de servicios de salud con plan de Manejo Integrado de Vectores formulado e implementado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planes de MIV de las sedes de las IPS.</li> <li>Informes técnicos y matriz de seguimiento MIV aplicadas que incluyan el nivel de riesgo.</li> <li>Actas sanitarias, formatos de valoración de riesgo y planes de</li> </ul>	<p><b>Responsable territorial:</b> Salud ambiental y programa de ETV</p> <p><b>Responsable nacional:</b></p>

Criterio	Descripción	Acciones para el cumplimiento	Indicador	Formula	Meta	Medios de verificación	Responsable de verificación
luego de implementadas las acciones contempladas en el Manejo Integrado de Vectores (MIV) institucional.	de observación es sede independiente de la heterogeneidad de IPS en un municipio, es decir se suman el total de sedes de todas las IPS en el territorio.	atención en salud en municipios que cuenten solo con un primer nivel de atención (puestos de salud).	formulado e implementado.	Vectores formulado e implementado/ Total de sedes de instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas con urgencias y/o hospitalización) $\times 100$		mejoramiento ejecutados.	MSPS, grupo de enfermedades endemo epidémicas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se homologa riesgo cero a riesgo bajo por razones de factibilidad ecológicas.</li> <li>• La frecuencia de 6 meses hace referencia a dos observaciones consecutivas en riesgo bajo y una adicional en el periodo de los 6 meses.</li> <li>• Las sedes de las instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio que</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formular e Implementar el Plan de Manejo Integrado de Vectores - MIV que incluya actividades de los diferentes tipos de intervenciones: ambiental, física, químicas y social; que se deben desarrollar en las áreas internas (asistencial y administrativa) y perimetrales de cada establecimiento.</li> <li>• Realizar valoración de riesgo a la sede de la IPS según lineamiento nacional vigente.</li> </ul>	Proporción de sedes de instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas con urgencias y/o hospitalización con riesgo asociado al vector en nivel bajo.	(Número de sedes de instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas con urgencias y/o hospitalización con niveles de riesgo bajo/ Total de sedes de instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas con urgencias y/o hospitalización) $\times 100$	100% de sedes de IPS clasificados en nivel de riesgo bajo, en el periodo de los seis meses (municipios con 10 establecimientos o menos)  <u>Consideraciones:</u> Para los municipios que cuenten con 11 o más sedes (percentil 75),		

Criterio	Descripción	Acciones para el cumplimiento	Indicador	Formula	Meta	Medios de verificación	Responsable de verificación
	<p>cuenten con servicios de urgencias y/o hospitalización deben mantenerse en condición de riesgo asociado al vector bajo durante los seis (6) meses posteriores a la aplicación de las acciones dentro del Plan de Manejo Integrado de Vectores (MIV), articulado al Programa de Plagas y Roedores del Plan de Saneamiento Básico de la institución, conforme a la ley 9 de 1979 y los lineamientos técnicos del MSPS</p> <p>• Las Instituciones por cada sede deben contar con Plan de Manejo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidar informes técnicos y la matriz de seguimiento que evidencien el mantenimiento del riesgo en nivel bajo durante el periodo de seis meses.</li> <li>• Las inspecciones se realizarán de manera mensual hasta obtener dos evaluaciones consecutivas en nivel de riesgo bajo. Una vez cumplido este requisito, la siguiente inspección podrá programarse cuatro meses después de la última visita. Si en esta nueva revisión el establecimiento mantiene el nivel de riesgo bajo, se considerará que cumple con el criterio de control y</li> </ul>			la meta deberá garantizarse prioritariamente en las sedes que concentren al menos el 90% de las camas disponibles en el territorio municipal.		



Criterio	Descripción	Acciones para el cumplimiento	Indicador	Formula	Meta	Medios de verificación	Responsable de verificación
	Integrado de Vectores aprobado.	podrá pasar al esquema de revisiones regulares con periodicidad trimestral.					

## 6. VERIFICACIÓN TÉCNICA

1. Los municipios que cumplan los cinco criterios deberán remitir los medios de verificación al nivel departamental, acompañado de una nota emitida por el secretario de salud o quien haga sus veces.
2. Las Secretarías Departamentales consolidarán la información, verificarán su coherencia y la enviarán al Ministerio en un solo documento por territorio. Esta información debe ser remitida y firmada por el representante legal de la Entidad Territorial departamental y el equipo funcional territorial.
3. El equipo funcional Nacional (Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Nacional de Salud) conformados por las dependencias que tienen competencia para la verificación de los criterios, revisará la información, validará el cumplimiento y emitirá el concepto respectivo. El punto focal será el grupo de gestión integrada de enfermedades endemoepidémicas del Ministerio de Salud y Protección Social quienes derivaran los insumos a las áreas competentes.
4. Se realizará una verificación en terreno por parte del nivel nacional de la información. Esta verificación puede realizarse antes o después de la consolidación de la información y puede realizarse de forma conjunta o de forma separada por las áreas responsables según cada criterio.
5. Los municipios categorizados en situación de control deberán mantener las acciones de vigilancia en salud pública, de manejo integrado de vectores y coberturas vacunales que permitan la sostenibilidad para evitar nuevos brotes o epidemias en ciclo selvático y la reemergencia en ciclo urbano.
6. El concepto técnico deberá ser presentado por la entidad territorial ante el consejo de gestión del riesgo territorial para su trámite pertinente y posterior modificación de situación de emergencia o alerta en salud pública a situación de control de fiebre amarilla.
7. La información que remita la entidad territorial del orden departamental, será considerada como verídica y fidedigna sujeta a verificación.



## 7. BIBLIOGRAFÍA

Instituto Nacional de Salud. (2024). Protocolo de vigilancia en salud pública: fiebre amarilla (Versión 2024). INS.

Instituto Nacional de Salud. (2025). Boletín Epidemiológico Semanal: Semana 40.  
[https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/BoletinEpidemiologico/2025\\_Boletin\\_epidemiologico\\_semana\\_40.pdf](https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/BoletinEpidemiologico/2025_Boletin_epidemiologico_semana_40.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). Circular Externa No. 012 de 2025: Directrices para la preparación y respuesta ante fiebre amarilla.  
<https://www.minsalud.gov.co>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). Resolución No. 691 de 2025: Por la cual se declara la emergencia sanitaria por fiebre amarilla y se adoptan medidas de control.  
<https://www.minsalud.gov.co>

Organización Panamericana de la Salud. (2005). Control de la fiebre amarilla: guía práctica (Publicación Científica y Técnica No. 603). OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2025, octubre 13). Fiebre amarilla.  
<https://www.paho.org/es/temas/fiebre-amarilla>

## 8. ANEXO 1. Acciones para para cumplimiento de criterios de vacunación

- a) **Verificar el antecedente vacunal contra la fiebre amarilla de la población para identificar los susceptibles.** Para el logro de esta gestión se requiere recurrir a los registros diarios de vacunación de las IPS vacunadoras, sistemas de información de las entidades territoriales, verificar carnés de vacunación físico o digital, así como, articular la participación activa de los diferentes sectores, tales como educación, ICFB, Fuerzas Militares, entre otros. Las EAPB también deberán participar para identificar el antecedente vacunal de su población afiliada. Si no se logra verificar antecedente vacunal se indica la vacunación, a menos que exista contraindicación, o diligenciar el formato de consentimiento de No Vacunación (por rechazo o por declaración de antecedente vacunal).
- b) **Vacunar de manera inmediata a toda la población susceptible a partir de 9 meses de edad, incluida la población mayor de 59 años del municipio,** con metas a muy corto plazo, incluida población extranjera y migrante, independiente de su estatus migratorio, mediante estrategias intramural y extramural con tácticas de vacunación masivas, puestos fijos, puestos móviles, casa a casa, horarios extendidos, barrido documentado, jornadas de concentración, iniciando en las manzanas alrededor de hospitales o establecimiento sanitarios, las terminales terrestres, aéreos, fluviales y marítimas, plazas de mercado y veredas, comunas, manzanas, barrios y/o sectores establecidos como de alto riesgo ecopidemiológico, por ejemplo, en aquellas con presencia de vectores silvestres, para alcanzar rápidamente coberturas de vacunación del 95%, reduciendo al mínimo el acúmulo de susceptibles.
- c) **Realizar barrido documentado de manera masiva a la población de 9 meses y más de edad, (incluida la población mayor de 59 años) en zonas urbanas, rurales y rurales dispersas dentro del cerco epidemiológico de la vereda, comuna, barrio, manzanas y/o sector donde se presentó el caso (humano o epizootia) y en las veredas, comunas y barrios colindantes (del mismo municipio, de otros municipios del departamento o de otros departamentos) según el área de expansión del virus;** del foco hacia afuera y de la periferia hacia el foco de manera simultánea, con el fin de cumplir con la búsqueda y vacunación de toda la población susceptible que habite o transite en estas áreas,

garantizando coberturas de vacunación por barrido documentado del 95% en esta población expuesta al brote.

- d) La vacunación mediante la táctica de barrido se realizará de manera simultánea con otras tácticas de vacunación, permitiendo avanzar de manera rápida en el área afectada para la contención del brote.
- e) Para estas actividades de barrido es necesario definir de manera prioritaria el área de expansión del virus de acuerdo con el corredor ecoepidemiológico establecido en una sala de análisis por los delegados de las áreas de Enfermedades Transmitidas por Vectores – ETV, Vigilancia Epidemiológica y PAI de la ET municipal y de la entidad departamental para la intervención de control de brote, sustentado en un acta debidamente formalizada.
- f) **Microplanificación.** La ET, EAPB y red prestadora realizarán la microplanificación de las estrategias y tácticas de vacunación de acuerdo con las condiciones propias de cada municipio, incluyendo la georreferenciación (mapeo) y cronograma de actividades de acuerdo con los lineamientos emitidos por MSPS.
- g) Garantizar el diligenciamiento oportuno de las dosis aplicadas en el sistema de información nominal PAIWEB
- h) Aquellos municipios con casos humanos o epizootias que no realizaron barrido documentado deberán garantizar coberturas de vacunación de susceptibles  $\geq 95\%$  por cada grupo de edad de la población de 9 meses a 59 años y más del municipio; de acuerdo con la base de datos de población susceptible de fiebre amarilla emitida por Minsalud.
- i) Realizar la Evaluación para el tránsito a situación de control formalizado mediante acta y soportes detallados en los “Lineamientos para la vacunación contra la fiebre amarilla en el marco de la emergencia sanitaria Colombia 2025”, disponibles en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamien>

tos-vacunacion-fiebre-amarilla-emergencia-sanitaria.pdf que debe incluir como mínimo:

- Plan de acción ejecutado durante el brote de fiebre amarilla
- Comportamiento epidemiológico de los casos de fiebre amarilla
- Estrategias y tácticas implementadas
- Coberturas de vacunación municipal contra la fiebre amarilla
- Resultados de la farmacovigilancia, presentación de casos EAPV, cierre de casos con actas de análisis con comité de EAPV expertos (si llegaron a este nivel) y clasificación final
- Resultados del barrido documentado por barrio, comuna o veredas.
- Resultados del MRV post barrido
- Coberturas de vacunación de susceptibles  $\geq 95\%$  por cada grupo de edad de la población de 9 meses a 59 años y más del municipio; de acuerdo con la base de datos de población susceptible de fiebre amarilla emitida por Minsalud para aquellos municipios con casos humanos o epizootias que no realizaron barrido documentado.