

Condiciones previas en salud

Situación de los municipios afectados por el terremoto

Así Vamos en Salud®

Introducción

El pasado 10 de agosto, la naturaleza golpeó con fuerza a Colombia con un terremoto de magnitud 7,4 en la escala de Richter, que afectó principalmente a seis departamentos y, de forma menos contundente, a otros diez. Las entidades encargadas han realizado diagnósticos continuos a partir de lo encontrado en terreno y, aunque muchos de estos reportes no han sido de conocimiento público, se han divulgado algunos de sus datos.

De acuerdo con el Reporte Situacional n.º 54 (preliminar) de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), hasta el momento de su publicación se habían contabilizado 496 municipios afectados (1), distribuidos en 16 departamentos. De igual forma, en el último informe presentado por el presidente de la República*, la cifra asciende a 497 municipios afectados.

De acuerdo con la última actualización del listado de datos abiertos publicado por la UNGRD, con fecha del 30 de agosto de 2026, se caracterizan 15 departamentos con 396 municipios afectados; es decir, 100 municipios menos que los reportados por la Presidencia (2). Entre los departamentos con mayor afectación, o con afectación en el 100 % de sus municipios, se identifican seis, que reúnen 184 municipios distribuidos de la siguiente manera:

- Caldas: 27 municipios
- Cauca: 42 municipios
- Quindío: 12 municipios
- Risaralda: 14 municipios
- Tolima: 47 municipios
- Valle del Cauca: 42 municipios

A estos departamentos les siguen Chocó, con el 94% de sus municipios afectados; Cauca, con el 88%; Huila, con el 84%; Antioquia, con el 83%; Cundinamarca, con el 79%; Norte de Santander, con el 45%; Nariño, con el 19%; Sucre, con el 8%; y Bolívar, con el 7% (véase información detallada en el Anexo 1).

De acuerdo con el Decreto 1348 del 31 de agosto de 2026, Putumayo fue excluido del decreto de emergencia debido a que sus afectaciones no se derivan del sismo ocurrido el 10 de agosto. Asimismo, se incluyó a Caquetá y Santander para garantizar la asistencia del Gobierno.

Es importante señalar que, hasta el momento de la presente publicación, no se dispone de un listado oficial de los municipios mencionados por la Presidencia de la República, que reportó 497 municipios, ni de los incluidos en el Decreto 1348 de 2026, que reportó 496 municipios.

* Alocución presidencial 30 de agosto de 2026

Esta información permitiría realizar un análisis detallado y verificar la correspondencia entre ambas cifras.

En relación con el sector salud, en el mismo reporte (n.° 54) de la UNGRD se registran 388 centros de salud afectados. Sin embargo, la última cifra mencionada públicamente por el presidente de la República eleva este número a 404 instituciones de salud afectadas.

El cruce entre la caracterización poblacional realizada por la UNGRD y la clasificación de territorios del DNP muestra que la mayor proporción de municipios afectados corresponde a aquellos categorizados como intermedios y rurales. En contraste, los municipios clasificados en las categorías rural disperso y ciudades y aglomeraciones presentan una menor proporción de afectación, como se aprecia en la Tabla 1.

Clasificación DNP	N.° de municipios
Ciudades y aglomeraciones	43
Intermedios	118
Rural	138
Rural disperso	73
Sin dato	24
Total general	**396**

Tabla 1. Municipios catalogados como afectados por el terremoto de acuerdo con la UNGRD

Servicios públicos básicos

Al revisar la información de los 396 municipios caracterizados por la UNGRD y contrastarla con los datos recopilados para los indicadores del Centro de Pensamiento Así Vamos en Salud, se encuentra un panorama preliminar preocupante para los municipios rurales y rurales dispersos que presentaron afectaciones secundarias al terremoto del 10 de agosto.

Este panorama se considera preliminar porque los datos incluidos en el informe corresponden a información reportada antes del suceso natural, pero pueden incidir de manera importante en la recuperación de dichos territorios.

Cobertura de acceso fijo a internet

En estos municipios, la cobertura de internet, medida mediante el porcentaje de penetración del servicio de acceso fijo a internet, es decir, el porcentaje de accesos fijos por persona en cada municipio, es baja y resulta aún más limitada en las zonas rurales y rurales dispersas (3). En estas últimas, el promedio de penetración apenas supera el 5% en los municipios rurales y el 2% en los municipios rurales dispersos.

Es importante señalar que se analiza el acceso fijo a internet debido a su relevancia para el sector salud frente al acceso móvil. Aunque ambos son complementarios, el acceso fijo es una herramienta fundamental en el ámbito institucional, mientras que el acceso móvil tiene un uso principalmente individual. A continuación, se presenta una comparación técnica y funcional entre los dos tipos de acceso a internet:

Criterio técnico / funcional	Acceso fijo a internet (Fibra / WiMAX / satélite LEO fijo)	Acceso móvil (Redes celulares 3G / 4G / 5G)
Estabilidad y disponibilidad	**Garantizada:** Enlace dedicado, inmune a la densidad de usuarios simultáneos y con menor degradación por condiciones climáticas.	**Variable:** Propensa a congestión de red, atenuación por distancia a la celda y degradación ambiental.
Latencia y ancho de banda	**Simétrico y de baja latencia:** Permite velocidades constantes y transmisiones bidireccionales en tiempo real.	**Asimétrico e inestable:** Prioriza la descarga; la velocidad de subida suele ser muy reducida en zonas rurales.
Límite de datos (capacidad)	**Ilimitado (tarifa plana):** Apto para la transmisión continua de grandes volúmenes de información clínica.	**Limitado (bolsas de gigas):** Restringido por planes de datos comercializados que se agotan con video HD continuo.
Uso multiusuario en centros de salud	**Soporta infraestructura hospitalaria:** Conecta routers institucionales, múltiples estaciones de trabajo y dispositivos IoT médicos en simultáneo.	**Uso individual/unipersonal:** Limitado a un dispositivo o pocos usuarios compartiendo datos («hotspot»).
Despliegue y movilidad	Requiere instalación de terminales o cableado físico local.	Alta portabilidad, enfocada en el usuario final y brigadas en desplazamiento.

Tabla 2. Elaboración propia, con apoyo de inteligencia artificial generativa (Gemini, 2026). La conceptualización, adaptación al contexto colombiano y validación del contenido fueron realizados por la autora.

De acuerdo con la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT), las zonas urbanas del mundo tienen mayor acceso a internet. Tanto la UIT como la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que estos valores se relacionan directamente con las brechas de equidad en salud, debido a que las zonas rurales quedan excluidas, en gran medida, de la atención sanitaria, especialmente de la atención especializada (4),(5).

Esta situación genera una alerta importante frente a la capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia, debido a que las limitaciones de conectividad pueden dificultar el acceso oportuno a servicios y alternativas de atención que contribuirían a mitigar los efectos de una contingencia. Entre estas alternativas se encuentra la telemedicina, especialmente útil para facilitar el acceso a consultas y valoraciones especializadas que, en contextos de emergencia, pueden verse afectadas por las dificultades de desplazamiento y comunicación.

Adicionalmente, en los municipios afectados por el terremoto se observa una marcada diferencia entre los territorios rurales y rurales dispersos, y las ciudades y aglomeraciones. En estas últimas, el promedio de penetración del servicio es 8,5 veces mayor que en los municipios rurales y rurales dispersos, lo que evidencia una brecha importante de conectividad y constituye un factor adicional de vulnerabilidad para los territorios rurales frente a situaciones de emergencia, como se observa en el Gráfico 1.

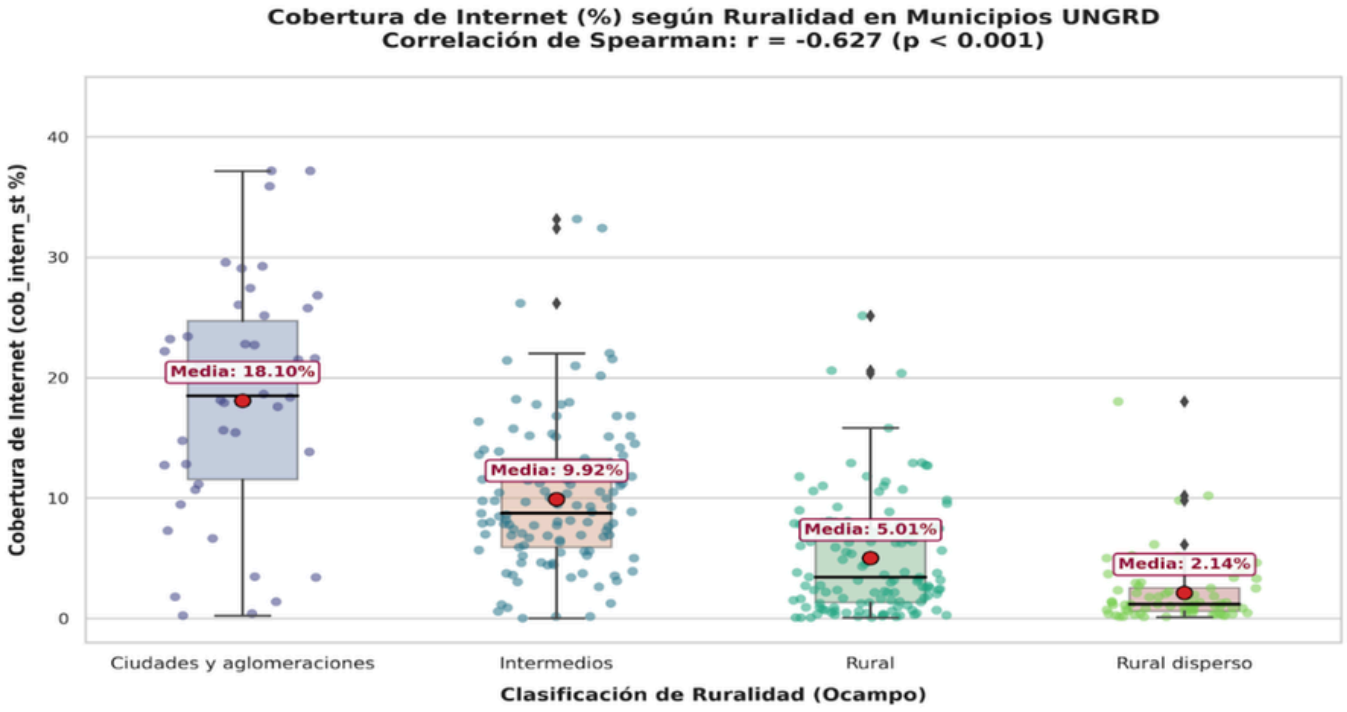


Gráfico 1. Cobertura de internet (%) según la ruralidad en municipios catalogados como afectados por el terremoto por la UNGRD

La correlación estadística identifica una fuerte relación inversa que en otras palabras significa que a mayor ruralidad de estos municipios menor cobertura, situación similar a la identificada al realizar el mismo ejercicio con los 1.123 municipios del país (coeficiente Spearman r= -0,63, p< 0,0001)*, como se observa en el gráfico 2.

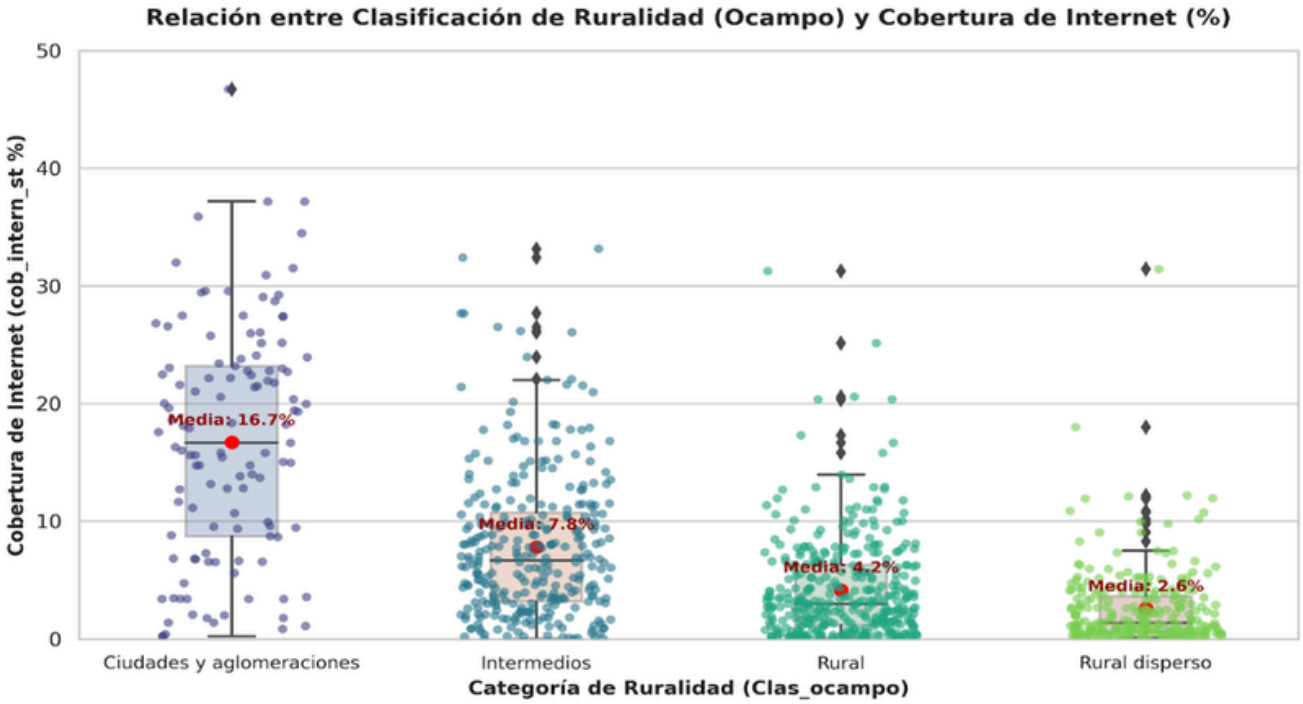


Gráfico 2. Cobertura de internet (%) según la ruralidad en todos los municipios de Colombia

En Colombia, la dispersión geográfica constituye una barrera estructural para el acceso digital: a mayor ruralidad de la comunidad, menor es la presencia de redes de internet, siendo esta una tendencia marcada, constante y comprobada estadísticamente en toda Colombia y en subgrupos como el caracterizado por la UNGRD de acuerdo con la afectación por el terremoto.

Cobertura de acueducto y alcantarillado

Al analizar los municipios caracterizados por la UNGRD por otras variables o determinantes sociales como la cobertura de acueducto y alcantarillado (6), se pueden ver correlaciones negativas igualmente significativas (acueducto r= -0,40, p< 0,0001 y alcantarillado r= -0,46, p< 0,0001) que corroboran la misma hipótesis que empíricamente se ha evidenciado en muchos espacios y que sugiere que a mayor ruralidad se registra menor cobertura en servicios básicos.

De igual forma también es importante resaltar la variabilidad tan alta que se registra en las diferentes zonas del país, así como existen municipios con 0% de cobertura en cualquiera de los 2 indicadores, también hay coberturas del 100%.

*Correlación

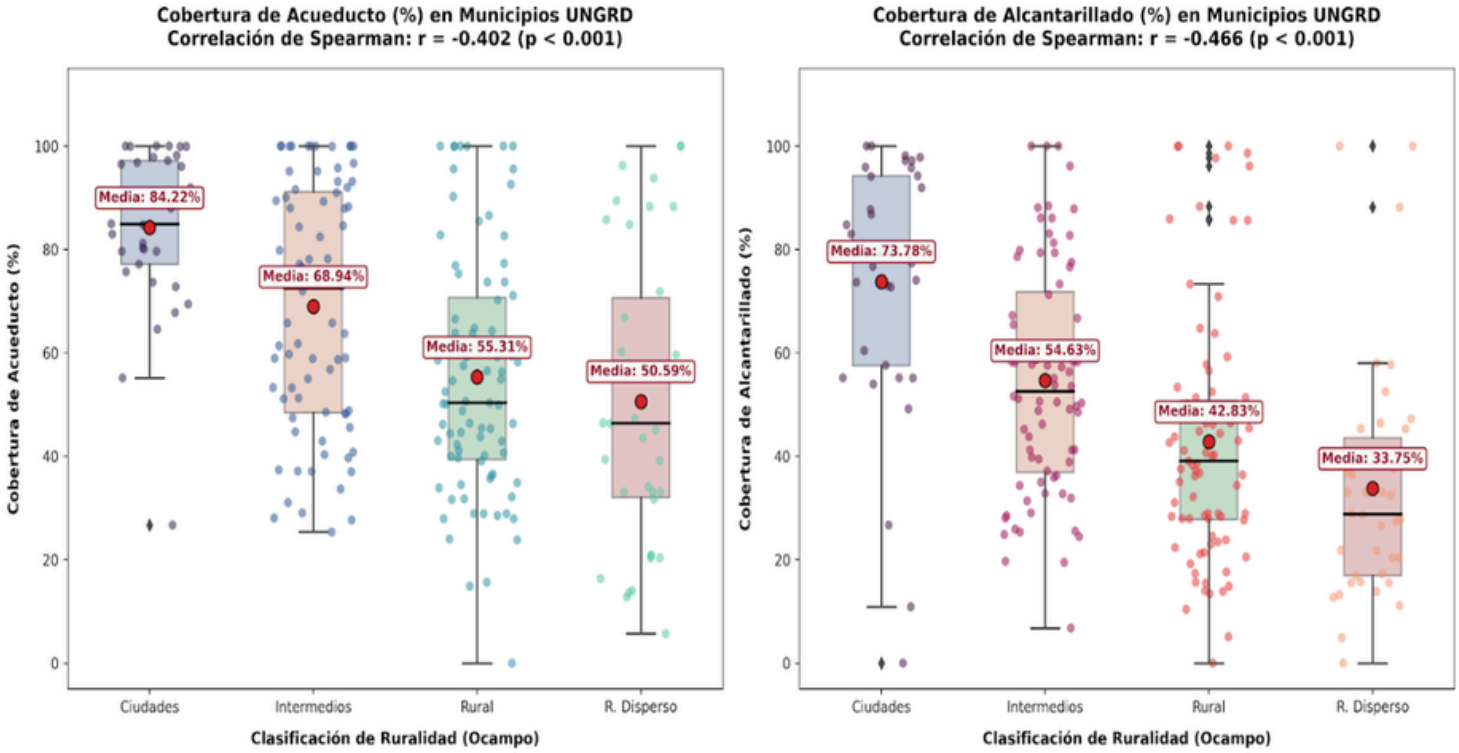


Gráfico 3. Cobertura de acueducto y alcantarillado (%) según la ruralidad en municipios catalogados como afectados por el terremoto por la UNGRD.

Al analizar la cobertura de los servicios públicos, tanto en general como por departamento, se observa que los departamentos con menor penetración de internet en los municipios afectados son Chocó (μ*=2,74%), Cauca (μ=2,76%) y Norte de Santander (μ=3,75%). Estos promedios indican que, ante una emergencia, dichos territorios podrían encontrarse en una situación de aislamiento digital casi total. En Cauca, por ejemplo, la mediana es de apenas 1,19%.

Aunque departamentos como Quindío lideran la cobertura de acueducto (μ=97,61%) y conectividad (μ=12,41%), presentan una brecha considerable en la cobertura de alcantarillado (μ=75,88%). En emergencias sísmicas como la ocurrida el 10 de agosto, estas redes de saneamiento suelen colapsar y convertirse en un importante riesgo epidemiológico. Cabe señalar que, a mediados de agosto, la cifra preliminar de acueductos afectados reportada por la UNGRD ascendía a 86 (7). Según el diario El Heraldo, pocos días después la cifra ascendió a 112 (8).

Por su parte, Norte de Santander presenta el escenario más alarmante de la zona de desastre. Sus 13 municipios afectados registran un promedio de apenas 39,26% de cobertura de acueducto y de 34,50% de cobertura de alcantarillado. Es el único departamento analizado cuyo promedio de cobertura de acueducto se encuentra por debajo del 50% (véase el Gráfico 4).

* Valor promedio o media

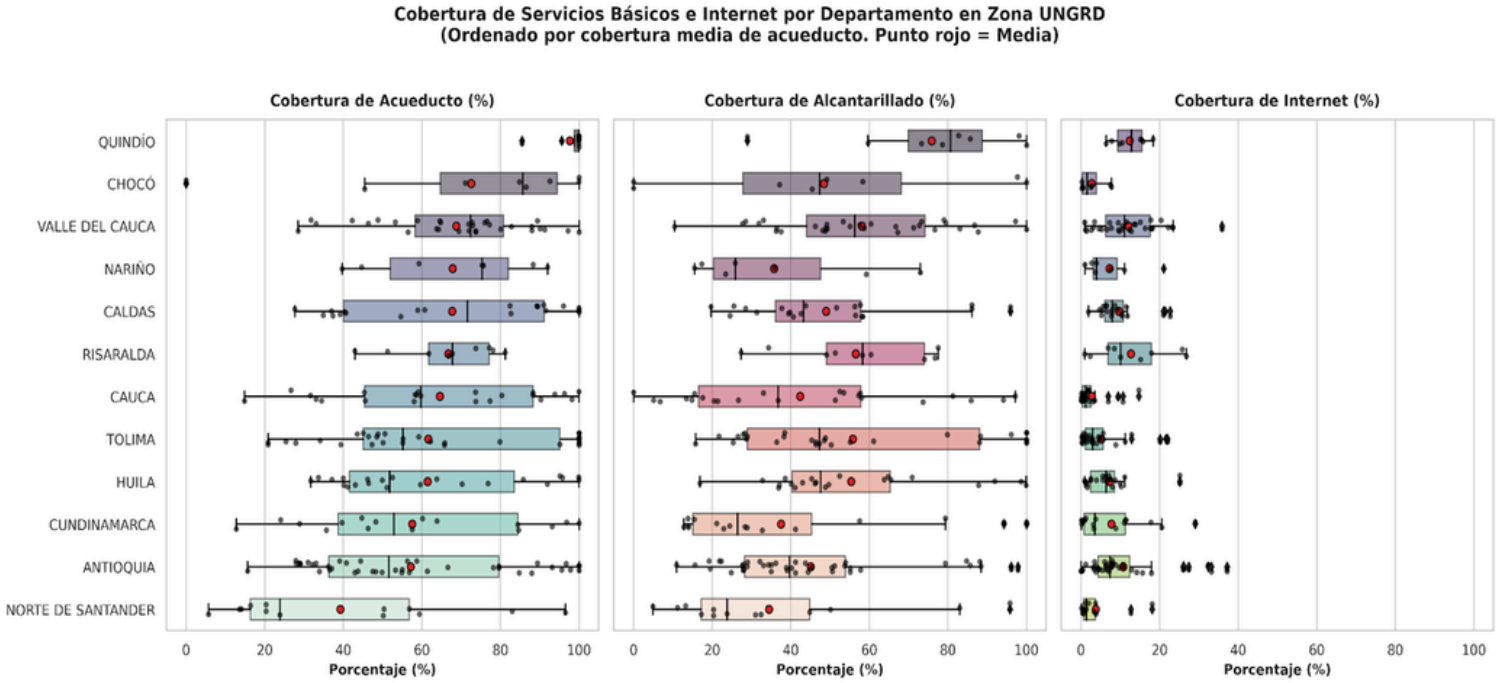


Gráfico 4. Cobertura de servicios básicos en los departamentos caracterizados como afectados por el terremoto por la UNGRD.

La diferencia entre las correlaciones obtenidas para el grupo de municipios registrados por la UNGRD (396 municipios) y las correspondientes al total de municipios de Colombia (1.123 municipios) no es amplia. Los resultados para acueducto (r=-0,39; p<0,0001) y alcantarillado (r=-0,33; p<0,0001) evidencian un comportamiento correlacional similar entre los diferentes grupos según su ruralidad (véase el Gráfico 3).

Talento humano

El talento humano en salud es uno de los pilares fundamentales para la atención de un desastre. Además de los equipos de rescate, el personal sanitario debe estar disponible y preparado desde el primer momento para atender a las personas heridas como consecuencia del siniestro. Sin embargo, su labor no termina cuando finalizan las operaciones de rescate, ya que las consecuencias físicas y psicológicas de un desastre pueden prolongarse y requerir atención continua.

Por esta razón, conocer el talento humano disponible en cada territorio resulta fundamental para planificar y organizar adecuadamente la respuesta, aprovechar de forma efectiva los recursos disponibles y garantizar la continuidad de la atención de la población afectada.

Para el presente análisis se incluyeron perfiles tomados del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS), correspondientes a medicina, enfermería, psicología, psiquiatría, pediatría y fisioterapia, teniendo en cuenta los posibles escenarios que pueden presentarse con mayor frecuencia.

No se incluyó ginecoobstetricia debido al bajo número de nacimientos que se registra actualmente en Colombia y a que el dato no es representativo en el ámbito municipal.

El perfil de medicina se tuvo en cuenta por su relevancia para el diagnóstico, el tratamiento, la realización del triage de urgencias y la prescripción de medicamentos. Los profesionales de esta área son la puerta de entrada al sistema de salud y, ante una tragedia como la ocurrida el 10 de agosto, resultan indispensables para la estabilización hemodinámica de las víctimas y su posterior remisión al nivel de atención adecuado, de acuerdo con la complejidad de cada paciente.

El perfil de enfermería es importante por su participación activa en la realización de procedimientos clínicos, las actividades de promoción y prevención, la protección específica, la gestión de la atención y la vigilancia epidemiológica.

En cuanto a los profesionales de psicología, se valora su perfil por su aporte al bienestar emocional, la intervención en momentos de crisis, la prestación de primeros auxilios psicológicos y el acompañamiento y seguimiento de la salud mental de la población afectada.

El rol del médico psiquiatra complementa la atención brindada por los profesionales de psicología mediante el apoyo en el diagnóstico, el manejo farmacológico y el tratamiento de trastornos graves y emergencias psiquiátricas.

La atención de niños, niñas y adolescentes por parte de los profesionales de pediatría es indispensable para el tratamiento de patologías durante la infancia y la adolescencia, así como para el seguimiento de su crecimiento y desarrollo. A pesar de que la natalidad se ha reducido significativamente en el país, la población infantil es una de las más vulnerables durante la atención de desastres.

Por último, el perfil de fisioterapia es crucial para la prevención terciaria, en la que se ubican la rehabilitación física y la recuperación motora de las personas que sufrieron lesiones importantes y que pueden presentar secuelas. Su intervención temprana puede disminuir el impacto de las secuelas ocasionadas por los traumatismos o las lesiones producidas durante el terremoto.

En el análisis realizado al grupo de municipios caracterizados por la UNGRD, se encontró que todos los perfiles presentan una relación inversa y estadísticamente significativa. Esto indica que, en todos los casos, a mayor ruralidad, menor número de profesionales en cada una de las áreas analizadas. Las correlaciones más altas corresponden a pediatría y enfermería, mientras que la más baja corresponde a fisioterapia, cuya relación alcanza una magnitud moderada.

En la zona de desastre, la densidad promedio de médicos de las ciudades y aglomeraciones es 6,7 veces superior a la registrada en las zonas rurales dispersas (17,78 frente a 2,65). Asimismo, el 16,4% de los municipios rurales dispersos afectados carece por completo de personal médico presencial. Esto evidencia importantes falencias en la disponibilidad de personal médico, las cuales no solo se presentan en el grupo de municipios caracterizados en la zona de desastre, sino también en el resto del país.

Es importante aclarar que la variabilidad en la densidad de médicos es muy alta, lo que demuestra la inequidad existente entre los territorios. Como se aprecia en el Gráfico 5, el promedio en las ciudades y aglomeraciones es de 17,78; en los municipios intermedios, de 6,35; en los rurales, de 4,34; y en los rurales dispersos, de 2,65.

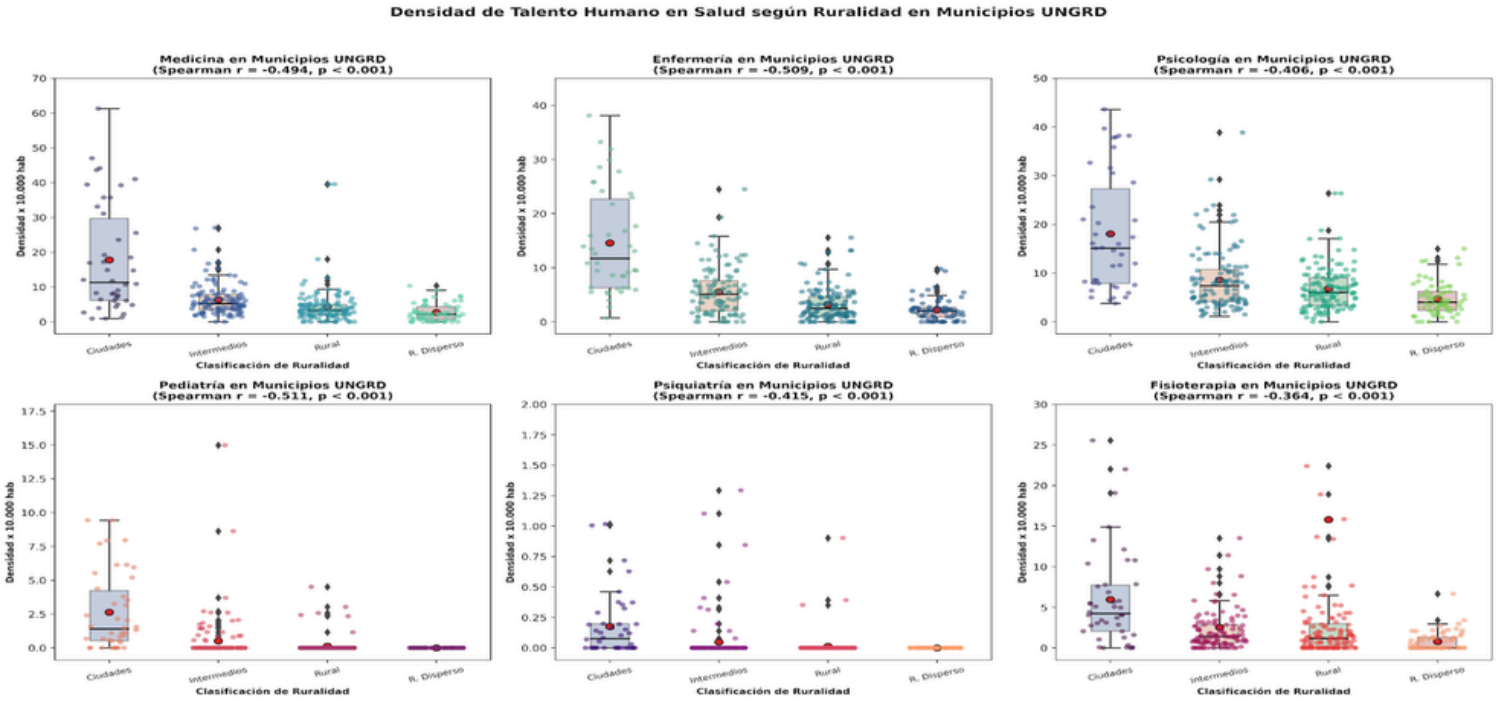


Gráfico 5. Densidad de talento humano en salud, de acuerdo con la clasificación de territorio según el DNP

Por su parte, el personal de enfermería presenta un promedio general inferior al del personal de medicina (μ=5,0 frente a μ=6,1), así como la segunda correlación más alta de los seis perfiles sanitarios analizados. También muestra una alta dispersión, lo que evidencia las profundas diferencias existentes entre los territorios urbanos y rurales.

En los grupos establecidos por el DNP se siguen observando brechas importantes. Las ciudades y aglomeraciones presentan una media y una mediana más altas, con un promedio 6,6 veces mayor que el promedio más bajo (μ=2,21), registrado en las zonas rurales dispersas. De igual forma, se evidencia que el 17,8% de los municipios rurales dispersos afectados por la emergencia carece por completo de profesionales de enfermería registrados.

El personal de enfermería es responsable del control higiénico-sanitario en los albergues, la vacunación, la curación de heridas y la vigilancia epidemiológica, entre otras actividades. En general, una densidad de dos profesionales de enfermería por cada 10.000 habitantes impide estructurar turnos rotativos durante las 24 horas. Esto hace que la respuesta humanitaria y la atención de la contingencia dependan del despliegue de brigadas móviles financiadas por los niveles nacional o departamental, o del personal voluntario, lo cual puede afectar los estándares de calidad.

Otro de los perfiles analizados es el de psicología, una profesión fundamental para brindar apoyo y acompañamiento frente a un evento tan traumático como el terremoto ocurrido en Colombia a comienzos de agosto. Entre los perfiles evaluados, este presenta la menor dispersión entre los grupos analizados y una mayor cobertura en términos de distribución geográfica.

En los municipios caracterizados por la UNGRD como zonas de desastre se observa una presencia importante de profesionales de psicología registrados. Incluso en las zonas rurales dispersas, el 94,5% de los municipios cuenta con psicólogos registrados, lo que representa una capacidad relevante para la respuesta inicial frente a las afectaciones emocionales y psicológicas que pueden presentarse como consecuencia de un evento de esta magnitud.

La situación de los profesionales de psicología también se evidencia en el ámbito nacional, donde se observa un panorama favorable en términos de distribución territorial y disponibilidad de este talento humano para la atención de la salud mental. El análisis muestra una correlación moderada entre la disponibilidad de profesionales de psicología y la clasificación territorial, lo que permite ver las diferencias en su distribución según las características de los territorios.

Por el contrario, se observa una mayor ausencia de profesionales de psiquiatría en los municipios analizados. Tanto en los municipios intermedios como en los rurales y rurales dispersos, más del 90% no cuenta con médicos psiquiatras registrados. Esta situación representa una alerta importante para la atención de los problemas de salud mental de mayor gravedad, particularmente aquellos que requieren valoración especializada, seguimiento y, cuando esté indicado, tratamiento farmacológico.

Por otra parte, se analizó la disponibilidad de especialistas en pediatría, teniendo en cuenta la necesidad de garantizar la atención de esta población que, aunque representa una proporción cada vez menor de la población general, continúa siendo especialmente vulnerable frente a situaciones de emergencia. En este análisis se encontró la relación más fuerte con la clasificación territorial entre las especialidades evaluadas ($r=-0,511$; $p<0,001$). En otras palabras, a medida que aumenta la ruralidad del territorio, disminuye la presencia de especialistas en pediatría.

Esta situación resulta particularmente preocupante en los municipios afectados por el terremoto. En los territorios rurales dispersos, el 100% de los municipios no contaba con pediatras registrados, mientras que en los municipios rurales esta proporción alcanzaba el 95,4%. Esta limitada disponibilidad de especialistas representa una alerta, especialmente ante una emergencia en la que las dificultades de acceso y desplazamiento pueden incrementar las barreras para brindar una atención oportuna y adecuada a los niños y las niñas afectados. Cabe señalar que, en el ámbito nacional, se observa una situación semejante.

El último perfil analizado corresponde al de fisioterapia. Los resultados evidencian una disminución progresiva en la disponibilidad de fisioterapeutas a medida que aumenta el grado de ruralidad de los municipios. En aquellos clasificados como rurales dispersos, el 53,4% no cuenta con profesionales de fisioterapia registrados. Este grupo presenta una mediana de cero y una alta variabilidad en la presencia de estos profesionales, quienes desempeñan un papel importante en la prevención terciaria en los 396 municipios afectados por el terremoto.

Conclusiones

La mayoría de los 396 municipios caracterizados y publicados por la UNGRD se clasifica como municipios intermedios y rurales, de acuerdo con la categorización del DNP. Estos territorios constituyeron la base del presente análisis.

La brecha entre los territorios urbanos y rurales es amplia, especialmente en relación con los determinantes sociales. En las coberturas de acceso fijo a internet, acueducto y alcantarillado se evidencia que, a mayor ruralidad, menor cobertura.

El análisis de los servicios públicos muestra que la cobertura de acceso fijo a internet apenas supera el 5% en los municipios rurales y se encuentra alrededor del 2% en los rurales dispersos. En contraste, el promedio registrado en las ciudades y aglomeraciones es 8,5 veces mayor.

Norte de Santander presenta la situación más crítica en materia de servicios hídricos. Es el único departamento analizado cuyo promedio de cobertura de acueducto en los municipios afectados es inferior al 50%, con un 39,26% en acueducto y un 34,50% en alcantarillado.

En cuanto al talento humano en salud, se identificó un comportamiento similar al observado en los servicios públicos: a mayor ruralidad, menor disponibilidad de los perfiles profesionales analizados.

Pediatría registró la correlación negativa más fuerte con el nivel de ruralidad. Antes del sismo, el 100% de los municipios rurales dispersos y el 95,4% de los municipios rurales afectados no contaban con pediatras registrados.

Las ciudades y aglomeraciones registran, en promedio, 6,6 veces más profesionales de enfermería que los municipios rurales dispersos. Asimismo, el 17,8% de los municipios rurales dispersos afectados no cuenta con profesionales de enfermería registrados.

La densidad promedio de médicos generales registrados en las ciudades y aglomeraciones es 6,7 veces mayor que la observada en las zonas rurales dispersas. Además, el 16,4% de los municipios rurales dispersos afectados carece por completo de médicos generales registrados.

En la atención de la salud mental y la recuperación física posdesastre, la disponibilidad de profesionales presenta contrastes acentuados. Psicología es el perfil con mayor presencia territorial, con profesionales registrados en el 94,5% de los municipios rurales dispersos, lo que resulta relevante para la atención emocional inicial. En contraste, más del 90% de los municipios intermedios, rurales y rurales dispersos no cuenta con especialistas en psiquiatría. Asimismo, el 53,4% de los territorios rurales dispersos no cuenta con profesionales de fisioterapia registrados, lo que puede limitar la rehabilitación oportuna de las lesiones ocasionadas por traumatismos.

Referencias

1. **Presidencia de la República.** Decreto 1348. [En línea] 31 de 08 de 2026. [Citado el: 03 de 09 de 032026.] https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20No.%201348%20DEL%2031%20DE%20AGOSTO%20DE%202026%201.pdf.

2. **UNGRD.** Registro Único de Damnificados _ RUD SISMOS 2026. 2026.

3. **MINTIC.** Colombia TIC: informes del sector. Boletín trimestral del sector TIC - Cifras primer trimestre de 2026. [En línea] 25 de 08 de 2026. [Citado el: 30 de 08 de 2026.] https://colombiatic.mintic.gov.co/679/w3-multipropertyvalues-36410-534042.html.

4. **Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT).** Telecomunicaciones/TIC para las zonas rurales y distantes: Informe de resultados sobre la Cuestión 5/1 del UIT-D para el periodo de estudios 2018-2021. Ginebra : s.n., 2021. ISBN 978-92-61-34593-8.

5. **OMS.** Estrategia mundial sobre salud digital 2020–2025. s.l.: Organización Mundial de la Salud, 2021. ISBN 978-92-4-002757-2.

6. **SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS.** Respuesta a derecho de petición . [En línea] 2025. [Citado el: 01 de 08 de 2026.]

7. **UNGRD.** Reporte Situacional N° 33 Sismo 7.4 Mw 10/08/2026. 18 de 08 de 2026.

8. **El Heraldo.co.** Nuevo balance de la Ungrd: 329 muertos, 4.600 heridos y 247 desaparecidos tras terremoto del 10 de agosto. Lo último. 22 de 08 de 2026.

Publicado el 8 de septiembre del 2026

Así Vamos en Salud®

Anexos

ANEXO 1. Departamentos con afectación del 100% de sus municipios

CALDAS	CAUCA	QUINDÍO	TOLIMA	VALLE DEL CAUCA
AGUADAS	ALMAGUER	ARMENIA	ALPUJARRA	ALCALÁ
ANSERMA	ARGELIA	BUENAVISTA	ALVARADO	ANDALUCÍA
ARANZAZU	BALBOA	CALARCÁ	AMBALEMA	ANSERMANUEVO
BELALCÁZAR	BOLÍVAR	CIRCASIA	ANZOÁTEGUI	ARGELIA
CHINCHINÁ	BUENOS AIRES	CÓRDOBA	ARMERO	BOLÍVAR
FILADELFIA	CAJIBÍO	FILANDIA	ATACO	BUENAVENTURA
LA DORADA	CALDONO	GÉNOVA	CAJAMARCA	BUGALAGRANDE
LA MERCED	CALOTO	LA TEBAIDA	CARMEN DE APICALÁ	CAICEDONIA
MANIZALES	CORINTO	MONTENEGRO	CASABIANCA	CALI
MANZANARES	EL TAMBO	PIJAO	CHAPARRAL	CALIMA
MARMATO	FLORENCIA	QUIMBAYA	COELLO	CANDELARIA
MARQUETALIA	GUACHENÉ	SALENTO	COYAIMA	CARTAGO
MARULANDA	GUAPI	**RISARALDA**	CUNDAY	DAGUA
NEIRA	INZÁ	APÍA	DOLORES	EL ÁGUILA
NORCASIA	JAMBALÓ	BALBOA	ESPINAL	EL CAIRO
PÁCORA	LA SIERRA	BELÉN DE UMBRÍA	FALAN	EL CERRITO
PALESTINA	LA VEGA	DOSQUEBRADAS	FLANDES	EL DOVIO
PENSILVANIA	LÓPEZ DE MICAY	GUÁTICA	FRESNO	FLORIDA
RIOSUCIO	MERCADERES	LA CELIA	GUAMO	GINEBRA
RISARALDA	MIRANDA	LA VIRGINIA	HERVEO	GUACARÍ
SALAMINA	MORALES	MARSELLA	HONDA	GUADALAJARA DE BUGA
SAMANÁ	PADILLA	MISTRATÓ	IBAGUÉ	JAMUNDÍ
SAN JOSÉ	PÁEZ	PEREIRA	ICONONZO	LA CUMBRE
SUPÍA	PATÍA	PUEBLO RICO	LÉRIDA	LA UNIÓN
VICTORIA	PIAMONTE	QUINCHÍA	LÍBANO	LA VICTORIA
VILLAMARÍA	PIENDAMÓ - TUNÍA	SANTA ROSA DE CABAL	MELGAR	OBANDO
VITERBO	POPAYÁN	SANTUARIO	MURILLO	PALMIRA
	PUERTO TEJADA		NATAGAIMA	PRADERA
	PURACÉ		ORTEGA	RESTREPO
	ROSAS		PALOCABILDO	RIOFRÍO
	SAN SEBASTIÁN		PIEDRAS	ROLDANILLO
	SANTA ROSA		PLANADAS	SAN PEDRO
	SANTANDER DE QUILICHAO		PRADO	SEVILLA
	SILVIA		PURIFICACIÓN	TORO
	SOTARÁ PAISPAMBA		RIOBLANCO	TRUJILLO
	SUÁREZ		RONCESVALLES	TULUÁ
	SUCRE		ROVIRA	ULLOA
	TIMBÍO		SALDAÑA	VERSALLES
	TIMBIQUÍ		SAN ANTONIO	VIJES
	TORIBÍO		SAN LUIS	YOTOCO
	TOTORÓ		SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA	YUMBO
	VILLA RICA		SANTA ISABEL	ZARZAL
			SUÁREZ	
			VALLE DE SAN JUAN	
			VENADILLO	
			VILLAHERMOSA	
			VILLARRICA	

Tabla 3. Listado de la totalidad de municipios que pertenecen a los departamentos con mayor afectación por el terremoto en Colombia.

Anexos

ANEXO 2. Departamentos con afectación en menos del 100% de sus municipios

ANTIOQUIA	BOGOTÁ, D.C.	HUILA	TOLIMA
ABEJORRAL	BOGOTÁ, D.C.	ACEVEDO	ALPUJARRA
ALEJANDRÍA	CAQUETÁ	AGRADO	ALVARADO
AMALFI	SAN VICENTE DEL CAGUÁN	AIPE	AMBALEMA
ANDES	CAUCA	ALGECIRAS	ANZOÁTEGUI
ANGELÓPOLIS	ALMAGUER	BARAYA	ARMERO
APARTADÓ	ARGELIA	CAMPOALEGRE	ATACO
ARGELIA	BALBOA	COLOMBIA	CAJAMARCA
ARMENIA	BOLÍVAR	ELÍAS	CARMEN DE APICALÁ
BARBOSA	BUENOS AIRES	GARZÓN	CASABIANCA
BELLO	CAJIBÍO	GIGANTE	CHAPARRAL
BETANIA	CALDONO	HOBO	COELLO
BETULIA	CALOTO	ÍQUIRA	COYAIMA
CALDAS	CORINTO	ISNOS	CUNDAY
CAMPAMENTO	EL TAMBO	LA ARGENTINA	DOLORES
CAÑASGORDAS	FLORENCIA	LA PLATA	ESPINAL
CARAMANTA	GUACHENÉ	NÁTAGA	FALAN
CAREPA	GUAPI	NEIVA	FLANDES
CHIGORODÓ	INZÁ	PAICOL	FRESNO
CISNEROS	JAMBALÓ	PALERMO	GUAMO
CIUDAD BOLÍVAR	LA SIERRA	PITAL	HERVEO
COCORNÁ	LA VEGA	PITALITO	HONDA
CONCORDIA	LÓPEZ DE MICAY	RIVERA	IBAGUÉ
COPACABANA	MERCADERES	SAN AGUSTÍN	ICONONZO
EBÉJICO	MIRANDA	SANTA MARÍA	LÉRIDA
EL SANTUARIO	MORALES	SUAZA	LÍBANO
ENTRERRÍOS	PADILLA	TARQUI	MELGAR
FREDONIA	PÁEZ	TELLO	MURILLO
FRONTINO	PATÍA	TERUEL	NATAGAIMA
GIRALDO	PIAMONTE	TESALIA	ORTEGA
GÓMEZ PLATA	PIENDAMÓ - TUNÍA	TIMANÁ	PALOCABILDO
GRANADA	POPAYÁN	VILLAVIEJA	PIEDRAS
GUARNE	PUERTO TEJADA	YAGUARÁ	PLANADAS
HISPANIA	PURACÉ	NARIÑO	PRADO
ITAGÜÍ	ROSAS	BARBACOAS	PURIFICACIÓN
ITUANGO	SAN SEBASTIÁN	BELÉN	RIOBLANCO
JARDÍN	SANTA ROSA	CONSACÁ	RONCESVALLES
JERICÓ	SANTANDER DE QUILICHAO	CÓRDOBA	ROVIRA

Anexos

LA CEJA	SILVIA	CUASPUD CARLOSAMA	SALDAÑA
LA PINTADA	SOTARÁ PAISPAMBA	EL CHARCO	SAN ANTONIO
LA UNIÓN	SUÁREZ	EL ROSARIO	SAN LUIS
MONTEBELLO	SUCRE	EL TAMBO	SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA
MURINDÓ	**TIMBÍO**	FRANCISCO PIZARRO	SANTA ISABEL
NARIÑO	TIMBIQUÍ	GUACHUCAL	SUÁREZ
PEÑOL	TORIBÍO	**LA CRUZ**	VALLE DE SAN JUAN
PUEBLORRICO	TOTORÓ	LA LLANADA	VENADILLO
PUERTO NARE	VILLA RICA	LA UNIÓN	VILLAHERMOSA
PUERTO TRIUNFO	CUNDINAMARCA	LOS ANDES	VILLARRICA
RETIRO	AGUA DE DIOS	PASTO	
RIONEGRO	ANOLAIMA	RICAURTE	
SABANALARGA	ARBELÁEZ	SAMANIEGO	
SALGAR	BOJACÁ	TAMINANGO	
SAN ANDRÉS DE CUERQUÍA	CABRERA	NORTE DE SANTANDER	
SAN CARLOS	CAPARRAPÍ	ÁBREGO	
SAN FRANCISCO	CHAGUANÍ	CÁCHIRA	
SAN JOSÉ DE LA MONTAÑA	FÚQUENE	CHINÁCOTA	
SAN LUIS	FUSAGASUGÁ	CONVENCIÓN	
SAN RAFAEL	GRANADA	CUCUTILLA	
SAN ROQUE	GUADUAS	EL TARRA	
SAN VICENTE FERRER	GUATAQUÍ	LOS PATIOS	
SANTA BÁRBARA	GUAYABAL DE SÍQUIMA	LOURDES	
SANTA FÉ DE ANTIOQUIA	JERUSALÉN	MUTISCUA	
SANTA ROSA DE OSOS	LA MESA	OCAÑA	
SONSÓN	MADRID	**PAMPLONA**	
SOPETRÁN	NILO	PAMPLONITA	
TÁMESIS	PASCA	SALAZAR	
TARSO	PUERTO SALGAR	SAN CAYETANO	
TITIRIBÍ	PULÍ	SAN JOSÉ DE CÚCUTA	
TOLEDO	SAN BERNARDO	SILOS	
URAMITA	SAN FRANCISCO	TEORAMA	
URRAO	SAN JUAN DE RIOSECO	TOLEDO	
VALDIVIA	SASAIMA	VILLA CARO	
VALPARAÍSO	TIBACUY	SUCRE	
VEGACHÍ	UNE	GUARANDA	
VENECIA	VENECIA	SINCELEJO	
VIGÍA DEL FUERTE	VERGARA		
YALÍ	VILLETA		
YARUMAL	VIOTÁ		
YONDÓ	YACOPÍ		
ZARAGOZA			