

| | | | | | |
|---|--|---------------------------------|--|------------------|--|
| MEF/DGPP | | SISTEMA DE GESTION PRESUPUESTAL | | FICHA - PRODUCTO | |
| FICHA DE INDICADOR DE DESEMPEÑO DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES | | | | | |
| Fecha : 14/03/2024 | | VIGENTES AL 2024 | | PAGINA 24 | |
| Hora : 5.57.32 PM | | | | | |
| SECTOR : 40 DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL | | | | | |
| PLIEGO : 040 MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL | | | | | |
| INDICADOR : 4648 PROPORCION DE NIÑOS CON ANEMIA QUE HAN RECIBIDO ATENCION MÉDICA, ATENCION NUTRICIONAL Y TRATAMIENTO DE ANEMIA. | | | | | |
| PROGRAMA PRESUPUESTAL | | | | | |
| 1001 PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO | | | | | |
| AMBITO DE CONTROL | | | | | |
| PRODUCTO | | | | | |
| PRODUCTO | | | | | |
| 3000878 NIÑOS Y NIÑAS CON ATENCION DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO | | | | | |
| UNIDAD DE MEDIDA | | | | | |
| PORCENTAJE | | | | | |
| METODO DE CALCULO | | | | | |
| NUMERADOR: N° DE NIÑOS QUE PERTENECE AL DENOMINADOR Y QUE TUVIERON: | | | | | |
| DOSAJE DE HEMOGLOBINA DE CONTROL SEGUN CORRESPONDE (AL 1ER, 3 ER, Y 6TO MES DE INICIADO EL TRATAMIENTO) | | | | | |
| INICIO DE TRATAMIENTO DENTRO DE LOS 7 DIAS POSTERIORES AL DIAGNOSTICO. | | | | | |
| SUPLEMENTACION CON HIERRO POR 6 MESES, SE CUENTAN TODAS LAS ENTREGAS EN UN PERIODO DE 6 MESES. | | | | | |
| AL MENOS 2 ATENCION MEDICA. | | | | | |
| AL MENOS 2 ATENCION DE NUTRICIONISTA. | | | | | |
| DENOMINADOR: NIÑOS DE 180 A 364 DIAS EN EL MES DE EVALUACION CON DIAGNOSTICO DE ANEMIA. | | | | | |
| LIMITACIONES, SUPUESTOS Y PRECISIONES | | | | | |
| EL REPORTE ES MENSUAL, LA META PROGRAMADA ES ANUAL. EL CUMPLIMIENTO DE LA META SE DETERMINA AL FINAL DEL AÑO. | | | | | |
| PERIODICIDAD DE MEDICIONES | | | | | |
| MENSUAL | | | | | |
| FUENTE DE DATOS | | | | | |
| SISTEMA DE INFORMACION HIS | | | | | |
| ALCANCE GEOGRAFICO | | | | | |
| NIVEL NACIONAL Y REGIONAL | | | | | |
| NIVEL RESPONSABLE REGISTRO | | SINTAXIS - SCRIPT | | | |
| | | No | | | |