

Que, el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, siendo el caso que el proceso de descentralización requiere de las normas técnicas necesarias para la consecución de sus objetivos, teniendo en cuenta el principio de gradualidad de modo que el proceso sea progresivo y ordenado, dentro del marco de una adecuada y clara asignación de competencias y transferencia de recursos del Gobierno Nacional hacia los Gobiernos Regionales y Locales;

Que, en tal sentido, atendiendo a lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 077-2006-PCM, resulta conveniente adoptar una definición oficial de Gestión de la Atención Primaria de la Salud acorde con el contexto actual y el proceso de descentralización desarrollado en el país; y en consecuencia, dejar sin efecto la Resolución Ministerial N° 0151-83-SA/DVM;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas, mediante documento del visto;

Con el visado del Viceministro de Salud, de la Oficina de Descentralización y de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y,

De conformidad con lo dispuesto en el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Establecer que la Gestión de la Atención Primaria de la Salud, es el desarrollo de los procesos de planeamiento, programación, monitoreo, supervisión y evaluación de la atención integral de la salud que se realiza en el ámbito local.

La Gestión de la Atención Primaria de la Salud involucra las intervenciones sanitarias que realizan los establecimientos de salud que están ubicados en el primer nivel de atención de salud, categorías I-1, I-2, I-3 y I-4 en aspectos de protección y recuperación de la salud de la población; así como las intervenciones de promoción de la salud y su acción sobre los determinantes de la salud realizado con la activa participación ciudadana y articulación multisectorial.

Artículo 2°.- Definir que la atención integral de salud correspondiente al ámbito local involucra los siguientes procesos:

a. Procesos Sanitarios:

- Promoción de la Salud.
- Protección y recuperación de la salud del individuo, familia y comunidad.
- Salud Ambiental.
- Prevención y control de epidemias, emergencias y desastres.
- Medicamentos insumos y drogas.

b. Procesos Administrativos

- Planeamiento.
- Financiamiento.
- Inversión en salud.
- Aseguramiento en Salud.
- Gestión y desarrollo de recursos humanos.
- Gestión de la Información para la salud.
- Logística.
- Investigación en salud pública y desarrollo de tecnologías.

Artículo 3°.- Precisar que el proceso de descentralización de la Función Salud al Nivel Local se rige por los estándares y procedimientos generales de atención, infraestructura y equipamiento que establezca el Ministerio de Salud en el ejercicio de su rol rector y de acuerdo a su ámbito de competencia.

Artículo 4°.- Dejar sin efecto la Resolución Ministerial N° 0151-83-SA/DVM, de fecha 30 de junio de 1983.

Artículo 5°.- Disponer la publicación de la presente resolución en el Diario Oficial El Peruano y el Portal Electrónico del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

CARLOS VALLEJOS SOLOGUREN
Ministro de Salud

10661-1

TRABAJO Y PROMOCION DEL EMPLEO

Aprueban normas reglamentarias de la Ley N° 28791 que establece modificaciones a la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud

**DECRETO SUPREMO
N° 020-2006-TR**

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, mediante la Ley N° 28791, publicada el 21 de julio de 2006, se establecieron modificaciones a la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud;

Que, el artículo 3° de la Ley N° 28791 señala que el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo deberá aprobar las normas reglamentarias necesarias;

Que, en tal sentido, es necesario emitir las normas reglamentarias que regulen lo establecido en la Ley N° 28791;

De conformidad con lo regulado en el numeral 8) del artículo 118° de la Constitución Política del Perú, en el artículo 3° del Decreto Legislativo N° 560, Ley del Poder Ejecutivo, y en la Ley N° 27711;

DECRETA:

Artículo 1°.- Objetivo de la norma

Apruébense las normas reglamentarias de la Ley N° 28791, Ley que establece modificaciones a la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.

Artículo 2°.- Ámbito de aplicación

El presente Reglamento regula lo concerniente a las contribuciones del seguro regular, las condiciones de acreditación, el derecho de cobertura de los afiliados regulares, el incumplimiento de aportes de las entidades empleadoras, el período de carencia y la forma de cálculo del subsidio por incapacidad temporal y maternidad de los afiliados regulares en actividad, incluyendo trabajadores del hogar y trabajadores portuarios, en lo que corresponda. No están comprendidos los trabajadores pesqueros afiliados de la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador, los pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes, los asegurados agrarios y acuícolas dependientes, los que se regulan por su legislación especial.

Artículo 3°.- De las Definiciones

Para la aplicación de las disposiciones de la Ley y del presente reglamento, se deben tener en cuenta las siguientes definiciones:

a) **Acreditación:** es el procedimiento de verificación de los requisitos que deben cumplir el afiliado para tener derecho de cobertura.

b) **Derecho de cobertura:** al derecho a acceder a las prestaciones establecidas en el artículo 9° de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y en el artículo 10° del Decreto Supremo N° 009-97-SA, Reglamento de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.

c) **EsSalud:** al Seguro Social de Salud.

d) **Ley:** a la Ley N° 28791, sobre modificaciones a la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.



e) **Período de carencia:** es el período de tres meses contados desde el inicio de labores de un afiliado regular, que no haya tenido vínculo laboral en los meses previos y que le impiden cumplir con las condiciones para tener derecho de cobertura.

f) **Período de espera:** es el tiempo durante el cual el afiliado regular en actividad y/o sus derechohabientes no podrán acceder a algunas atenciones relacionadas a determinados diagnósticos previstos en la lista de contingencias de EsSalud.

g) **Reembolso de prestaciones:** es el derecho de repetición que tiene EsSalud contra la entidad empleadora que no cumpla con lo dispuesto en el primer párrafo del artículo 10º de la Ley N° 26790, por las prestaciones otorgadas a sus trabajadores, socios de cooperativa, pensionistas y/o derechohabientes.

Artículo 4º.- Modificación de los artículos 15º, 16º, 17º, 30º, 33º, 35º y 36º del Decreto Supremo N° 009-97-SA

Modifíquense los artículos 15º, 16º, 17º, 30º, 33º, 35º y 36º del Decreto Supremo N° 009-97-SA, los que quedan redactados de la siguiente manera:

“Artículo 15º.- Subsidio por Incapacidad Temporal

El subsidio por incapacidad temporal se otorga en dinero, con el objeto de resarcir las pérdidas económicas de los afiliados regulares en actividad, derivadas de la incapacidad para el trabajo ocasionada por el deterioro de su salud. Equivale al promedio diario de las remuneraciones de los últimos doce meses inmediatamente anteriores al mes en que se inicia la contingencia, multiplicado por el número de días de goce de la prestación. Si el total de los meses de afiliación es menor a doce, el promedio se determinará en función al tiempo de aportación del afiliado regular.

El derecho a subsidio por cuenta del Seguro Social de Salud se adquiere a partir del vigésimo primer día de incapacidad. Durante los primeros 20 días de incapacidad, la entidad empleadora continúa obligada al pago de la remuneración o retribución. Para tal efecto, se acumulan los días de incapacidad remunerados durante cada año calendario.

El subsidio se otorgará mientras dure la incapacidad del trabajador y en tanto no realice trabajo remunerado, hasta un máximo de 11 meses y 10 días consecutivos, con sujeción a los requisitos y procedimientos que señale EsSalud.”

“Artículo 16º.- Subsidio por Maternidad

El subsidio por maternidad se otorga en dinero con el objeto de resarcir el lucro cesante como consecuencia del alumbramiento y de las necesidades de cuidado del recién nacido. Se otorga por 90 días, pudiendo éstos distribuirse en los períodos inmediatamente anteriores o posteriores al parto, conforme lo elija la madre, con la condición de que durante esos períodos no realice trabajo remunerado. El subsidio por maternidad se extenderá por 30 días adicionales en los casos de nacimiento múltiple.

El monto del subsidio equivale al promedio diario de las remuneraciones de los doce últimos meses anteriores al inicio de la prestación multiplicado por el número de días de goce de la prestación. Si el total de los meses de afiliación es menor a doce, el promedio se determinará en función al tiempo de aportación del afiliado regular en actividad. No se podrá gozar simultáneamente de subsidio por incapacidad temporal y maternidad.”

“Artículo 17º.- Subsidio por Lactancia

El subsidio por lactancia se otorga en dinero, con el objeto de contribuir al cuidado del recién nacido, de acuerdo a las normas que fija EsSalud. En caso de parto múltiple se reconoce un subsidio adicional por cada hijo.”

“Artículo 30º.- Son afiliados regulares del Seguro Social de Salud:

a) Los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas

de trabajadores, cualquiera sea el régimen laboral o modalidad a la cual se encuentren sujetos;

b) Los pensionistas que perciben pensión de cesantía, jubilación, incapacidad o de sobrevivencia, cualquiera fuere el régimen legal al cual se encuentren sujetos.

Bajo responsabilidad de la entidad empleadora correspondiente, la inscripción en el Seguro Social de los afiliados regulares y sus derechohabientes es obligatoria.

Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a que se refiere el artículo 326º del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, de acuerdo a la calificación que efectuará EsSalud, siempre que no sean afiliados obligatorios. La cobertura de los hijos se inicia desde la concepción, en la atención a la madre gestante.

“Artículo 33º.- Aportes

El aporte de los afiliados regulares en actividad, incluyendo tanto los que laboran bajo relación de dependencia como los socios de cooperativas, equivale al 9% de la remuneración o ingreso mensual. Es de cargo obligatorio de la Entidad Empleadora que debe declararlos y pagarlos en su totalidad mensualmente a EsSalud, sin efectuar retención alguna al trabajador, dentro de los plazos establecidos en la normatividad vigente, en el mes siguiente a aquél en que se devengaron las remuneraciones afectas.

La base imponible mínima mensual no podrá ser menor a la Remuneración Mínima Vital vigente el último día calendario del período laborado, y es aplicada independientemente de las horas y días laborados por el afiliado regular en actividad durante el período mensual declarado. Excepcionalmente, tratándose de trabajadores que perciban subsidios, la base mensual mínima imponible por cada trabajador se determinará de forma proporcional a los días no subsidiados del mes correspondiente. En el caso de afiliados regulares en actividad que estando subsidiados desde el inicio del mes, terminan su vínculo laboral sin labor efectiva, dicho período subsidiado no determinará la obligación de la entidad empleadora de pagar las contribuciones correspondientes.

El aporte de los pensionistas equivale al 4% de la pensión. Es de cargo del pensionista, siendo responsabilidad de la entidad empleadora, de la Oficina de Normalización Previsional o de la Administradora de Fondos de Pensiones, la afiliación, la retención, declaración y pago total a EsSalud dentro de los plazos establecidos en la normatividad vigente, en el mes siguiente a aquél en que se devengaron las pensiones afectas.

La Superintendencia Nacional de Administración Tributaria ejercerá las funciones a que se refiere el Artículo 5º de su Ley General, aprobado mediante Decreto Legislativo N° 501 y normas modificatorias, respecto de las Aportaciones al EsSalud, de acuerdo a las facultades y atribuciones que le otorga el Texto Único Ordenado del Código Tributario, aprobado por Decreto Supremo N° 135-99-EF y demás normas tributarias, incluyendo lo relacionado a la inscripción y/o declaración de las entidades empleadoras y de sus trabajadores y/o pensionistas y/o derechohabientes, sin distinción del período tributario, así como su acreditación.

EsSalud ejerce la cobranza coactiva de los costos de las prestaciones que deben ser materia de reembolso, conforme a lo dispuesto en el artículo 10º de la Ley N° 26790, a través de los Ejecutores designados para el efecto.”

“Artículo 35º.- Derecho de Cobertura

Los afiliados regulares y sus derechohabientes tienen derecho a las prestaciones del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud siempre que aquellos cuenten con tres (3) meses de aportación consecutivos o con cuatro (4) no consecutivos dentro de los seis (6) meses anteriores al mes en que se inició la contingencia. En el caso de maternidad, la condición adicional para el goce de las prestaciones es que el titular del seguro se encuentre afiliado al tiempo de la concepción. En caso de accidente basta que exista afiliación.

Para efectos de las prestaciones de salud, el mes de inicio de la contingencia es aquél en el que se requiere la

prestación. En el caso de las prestaciones económicas, el mes de inicio de la contingencia es el mes en que ocurre el evento que origina el otorgamiento de la prestación.

Los afiliados regulares pensionistas y sus derechohabientes tienen derecho de cobertura sin período de carencia, desde la fecha en que se les constituye como pensionistas, independientemente de la fecha en que se les notifica dicha condición y siempre que sean declarados por la entidad empleadora. Mantiene su cobertura siempre y cuando continúen con su condición de pensionistas, es decir, perciban pensión y cumplan con lo dispuesto en el primer y segundo párrafo del presente artículo."

"Artículo 36º.- Reembolso de las prestaciones

EsSalud o la Entidad Prestadora de Salud que corresponda tendrá derecho a exigir a la entidad empleadora, el reembolso de todas las prestaciones brindadas a sus afiliados regulares y derechohabientes, cuando la entidad empleadora incumpla con:

1. La obligación de declaración y pago del aporte total de los tres (3) meses consecutivos o cuatro (4) no consecutivos dentro de los seis (6) meses anteriores al mes en que se inició la contingencia; y/o;

2. La obligación de pago total de los aportes de los doce (12) meses anteriores a los seis (6) meses previos al mes en que se inició la contingencia. No se considerará como incumplimiento, los casos en que los aportes antes referidos se encontraran acogidos a un fraccionamiento vigente. Para determinar si el fraccionamiento se encuentra vigente, se tendrán en cuenta las normas aplicables para el otorgamiento del mismo y que la entidad empleadora no haya incurrido en causal de pérdida.

Para efectos de las prestaciones de salud, el mes de inicio de la contingencia es aquél en el que se requiere la prestación. En el caso de las prestaciones económicas, el mes de inicio de la contingencia es el mes en que ocurre el evento que origina el otorgamiento de la prestación.

Para evaluar el cumplimiento de las declaraciones y pagos a que se refiere el numeral 1 del presente artículo, se considerarán válidos los períodos cuyas declaraciones y pagos se presenten hasta el último día del mes de vencimiento de cada declaración, incluyendo las declaraciones rectificatorias de períodos que determinen mayor obligación".

Artículo 5º.- Criterios para establecer la lista de contingencias y períodos de espera

EsSalud, para establecer la lista de contingencias así como los períodos de espera, tendrá en consideración, como mínimo, los siguientes criterios:

- a. Enfermedades y/o tratamientos que requieren atenciones de alta complejidad, especialización y tecnificación.
- b. Enfermedades y/o tratamientos asociados a atenciones continuas y/o permanentes.

Para estos efectos, entiéndase contingencia, como la enfermedad o tratamiento médico que requiere un financiamiento mínimo para su otorgamiento.

Artículo 6º.- Lista de contingencias y períodos de espera

EsSalud, a través del Consejo Directivo, establecerá previo informe técnico, la lista de contingencias y sus correspondientes períodos de espera, los cuales deberán ser revisados cada dos años.

Los períodos de espera se determinarán en función del número de declaraciones mensuales consecutivas o no consecutivas realizadas dentro de los 36 meses previos a la contingencia, por las entidades empleadoras. Para la evaluación del cumplimiento de las declaraciones se considerarán válidos los períodos cuyas declaraciones, incluyendo las rectificatorias, se presenten hasta el último día del mes de vencimiento de cada declaración.

Artículo 7º.- Acceso a las prestaciones

Los afiliados regulares en actividad titulares y/o sus derechohabientes tendrán acceso a las atenciones por

las contingencias indicadas en el artículo 7º del presente Reglamento, siempre que cumplan con el período de espera correspondiente.

Artículo 8º.- Modificación del artículo 7º del Decreto Supremo Nº 005-2005-TR

Modifícase el artículo 7º del Decreto Supremo Nº 005-2005-TR, Reglamento de la Ley Nº 28320 sobre incorporación a Essalud de afiliados de la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador, modificado por Decreto Supremo Nº 005-2006-TR, el mismo que queda redactado en los siguientes términos:

"Artículo 7º.- Derecho de cobertura

Los trabajadores pesqueros y sus derechohabientes tendrán derecho de cobertura por prestaciones de seguridad social en salud establecidas en el artículo 6º, siempre que cumplan con tener dos (2) aportaciones mensuales consecutivas o no consecutivas canceladas en los seis meses previos a la contingencia y además tengan vínculo laboral en el mes de la contingencia.

En caso el trabajador pesquero no tenga vínculo laboral (se encuentre en baja temporal) en el mes de la contingencia, pero cumpla con las aportaciones indicadas en el párrafo precedente, el titular y sus derechohabientes tendrán cobertura sólo por prestaciones de salud y prestaciones económicas de lactancia y sepelio. En estos casos, no tendrá derecho a subsidio por incapacidad temporal ni subsidio por maternidad.

Si el trabajador pesquero no cuenta con las aportaciones indicadas en el primer párrafo, el titular y sus derechohabientes tendrán derecho especial de cobertura por desempleo, de acuerdo a lo indicado en el artículo 8º. Para esta cobertura, se considerará al trabajador como cesado el último día del mes precedente al mes que no cumpla con lo establecido en el primer párrafo del presente artículo.

Los pensionistas de la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador y sus derechohabientes tienen derecho de cobertura sin período de carencia, desde la fecha en que se les constituye como pensionistas, independientemente de la fecha en que se les notifica dicha condición y siempre que sean declarados por la entidad empleadora. Posteriormente, mantienen su cobertura siempre que cumplan con tener tres contribuciones mensuales consecutivas canceladas hasta el mes previo a la contingencia.

Los trabajadores pesqueros, pensionistas de la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador y sus derechohabientes, tendrán derecho de cobertura por prestaciones de maternidad siempre que el afiliado titular se encuentre afiliado al tiempo de la concepción. En caso de accidente, basta que exista afiliación."

Artículo 9º.- Vigencia

El presente Decreto Supremo entra en vigencia a partir del día siguiente de su publicación en el Diario Oficial El Peruano.

Artículo 10º.- Normas Derogatorias

Las disposiciones del Reglamento aprobado por el presente Decreto Supremo dejan sin efecto todas las normas que se le opongan.

Artículo 11º.- Refrendo

El presente Decreto Supremo es refrendado por la Ministra de Trabajo y Promoción del Empleo.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera.- Para efectos de la aplicación del presente reglamento se considerará lo siguiente:

a. Lo dispuesto en el artículo 33º del Decreto Supremo Nº 009-97-SA, modificado por el presente Decreto Supremo, será de aplicación a partir de las declaraciones de las aportaciones correspondientes al período noviembre de 2006 y siguientes.

b. La aplicación de las condiciones de acreditación de los afiliados regulares, a que se refiere el artículo 35º del Decreto Supremo Nº 009-97-SA, modificado por el presente Decreto Supremo, se realizará a partir de



la acreditación del mes de diciembre de 2006. Para la evaluación del derecho de cobertura del mes de diciembre 2006 en adelante, se considerará como válidas las declaraciones de períodos tributarios anteriores a octubre 2006 y que hayan sido presentadas hasta el día anterior a la fecha de entrada en vigencia del presente reglamento.

c. La aplicación de las condiciones de reembolso de las entidades empleadoras, a que se refiere el artículo 36° del Decreto Supremo N° 009-97-SA, modificado por el presente Decreto Supremo, será respecto de las contingencias ocurridas a partir de la entrada en vigencia del presente reglamento.

d. La forma de cálculo del subsidio establecido en los artículos 15° y 16° del Decreto Supremo N° 009-97-SA, modificado por el presente Decreto Supremo, se aplicará respecto de las contingencias ocurridas a partir de la entrada en vigencia del presente reglamento.

Segunda.- Lo dispuesto en la tercera disposición complementaria y final del presente Decreto Supremo se aplicará a partir del 1 de abril de 2007.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS Y FINALES

Primera.- Precítese que en el caso del subsidio por lactancia y sepelio de los pensionistas que se les reconozca tal condición con posterioridad al nacimiento del menor o fallecimiento del pensionista, el período de prescripción se cuenta a partir de la notificación de la resolución que los reconoce como tales.

Segunda.- EsSalud podrá establecer los procedimientos para determinar mediante una evaluación médica si los afiliados regulares en actividad del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, se encuentran en capacidad para desarrollar las actividades propias de la labor que desempeñan.

Tercera.- EsSalud informará a la Sunat y al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo los casos de entidades empleadoras de afiliados regulares que presenten declaraciones con posterioridad al último día del mes de vencimiento, para las verificaciones correspondientes. Asimismo, EsSalud informará a dichas entidades los casos de empleadores que tengan trabajadores, cuyo comportamiento de uso de prestaciones presenta indicios de utilización indebida de las mismas, para la fiscalización correspondiente y aplicación de las sanciones respectivas, de corresponder.

Cuarta.- EsSalud y la Sunat, dentro del ámbito de su competencia, emitirán cada una las disposiciones complementarias necesarias para su implementación de lo dispuesto en el presente Reglamento.

Quinta.- La lista de contingencias y los períodos de espera establecidas en el artículo 7° del presente Decreto Supremo serán publicadas por EsSalud en el Diario Oficial El Peruano.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los veintisiete días del mes de diciembre del año dos mil seis.

ALAN GARCÍA PÉREZ
Presidente Constitucional de la República

SUSANA PINILLA CISINEROS
Ministra de Trabajo y Promoción de Empleo

10672-5

Autorizan al Ministerio celebrar Adendas que permitan ampliar la vigencia de diversos convenios suscritos con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD

RESOLUCIÓN SUPREMA N° 033-2006-TR

Lima, 27 de diciembre de 2006

VISTOS: Los informes N°s. 312 y 318-2006-MTPE/4/9.220. de la Oficina de Presupuesto; los Oficios

N°s. 1719 y 1756-2006-MTPE/4/9.2 de la Oficina de Planificación y Presupuesto; y el Memorando N° 2280-2006-MTPE/4 de fecha 17 de diciembre de 2006, de la Secretaría General del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo; y,

CONSIDERANDO:

Que, por Decreto de Urgencia N° 130-2001 se creó el Programa de Emergencia Social Productivo Urbano "A Trabajar Urbano", orientado a la provisión de empleos temporales para reducir la pobreza y proporcionar ingresos a familias y personas afectadas por problemas de desempleo de las áreas urbanas;

Que, mediante Resolución Suprema N° 060-2005-TR de fecha 22 de diciembre de 2005, se autorizó al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo a celebrar las adendas que permitieron ampliar la vigencia, hasta el 31 de diciembre de 2006, de los Convenios de Asistencia Técnica Internacional con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, suscrito el 20 de diciembre de 2001 y del Convenio de Administración de Recursos de la Unidad Ejecutora "Programa de Capacitación Laboral Juvenil - PROjoven", suscrito el 3 de agosto de 1999;

Que, en el marco de los citados Convenios de Asistencia Técnica Internacional, se inscriben los proyectos ligados a los objetivos referente al "Diseño, Programación, Ejecución y Monitoreo del Programa A Trabajar Urbano", a la "Implementación y Modernización Institucional del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo", así como también el proyecto ligado a continuar con el cumplimiento de las actividades y objetivos fundamentales del Programa PROjoven, a efectos de mantener una operatividad segura, ágil y eficiente para la administración de sus recursos financieros;

Que, la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, señala en su Séptima Disposición Final, que los Convenios de Administración de Recursos, Costos Compartidos u otras modalidades similares, que las Entidades del Gobierno Nacional suscriban con organismos o instituciones internacionales para encargarles la administración de sus recursos, deben aprobarse por Resolución Suprema referendada por el Ministro del Sector correspondiente, previo informe de la Oficina de Presupuesto o la que haga sus veces, en el que se demuestre las ventajas y beneficios de su concertación así como la disponibilidad de los recursos para su financiamiento, siendo que el procedimiento señalado se emplea también para el caso de las adendas, revisiones u otros que amplíen la vigencia, modifiquen o añadan metas no contempladas originalmente;

Que, mediante Informe N° 312-2006-MTPE/4/9.220 y su ampliatoria el Informe N° 318-2006-MTPE/4/9.220, la Oficina de Presupuesto se ha pronunciado favorablemente respecto a la conveniencia de ampliar la vigencia de los Convenios de Administración de Recursos con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, los cuales se financiarán con los saldos existentes en el citado Programa, para el ejercicio presupuestal 2007, esto es, de los proyectos PER/04/023 (Implementación y Modernización del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo), a cargo de la Oficina de Administración, hasta el 31 de diciembre de 2007; PER/97/020 (Programa de Capacitación Laboral Juvenil - PROjoven - Fase II), a cargo de PROjoven, hasta el 31 de marzo de 2007; y PER/01/033 (Diseño, Implementación, Ejecución y Monitoreo del Programa A Trabajar Urbano), hasta el 31 de marzo de 2007;

Con las visaciones de los Directores Generales de la Oficina de Planificación y Presupuesto y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo; y,

De conformidad con el artículo 118° de la Constitución Política; el artículo 3° del Decreto Legislativo N° 560, Ley del Poder Ejecutivo; y la Séptima Disposición Final de la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Autorizar al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo a celebrar las Adendas que