

SECTOR SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

RACIONALIZACIÓN

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Organismo Público Descentralizado
25 OCT. 2002
Firma: [Firma]
Hora: [Firma] Reg. N°



Nº. 165-2002-J-OPD L#MS

RESOLUCION JEFATURAL

Lima, 14 de Mayo del 2002

CONSIDERANDO:

Que, el Instituto Nacional de Salud Organismo Público Descentralizado del Ministerio de Salud, tiene como misión desarrollar investigación y tecnología en los campos de la salud pública y control de enfermedades transmisibles, producción de biológicos relacionados con la salud de las personas, control de calidad de medicamentos insumos, drogas, la salud ocupacional y conocimiento y difusión de aspectos interculturales para mejorar la salud de las personas;

Que, el Instituto Nacional de Salud, para el desarrollo de sus actividades y objetivos, establece relaciones funcionales con las personas naturales y jurídicas del sector público y privado, nacionales e internacionales, cuyos objetivos y fines están ligados a la política institucional;

Que, es necesario se genere un logo que identifique como institución de investigación en el campo de la salud y facilite la comunicación oficial;

En uso de las atribuciones establecidas en el Artículo 9º del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud aprobado por Resolución Ministerial No 144-2002-SA/DM.

SE RESUELVE:

Art. 1º.- **APROBAR** el Logotipo del Instituto Nacional de Salud que en anexo forma parte de la presente Resolución.

Art. 2º.- **AUTORIZAR** el trámite de registro de signo distintivo-logotipo- de la institución ante INDECOPI.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
CERTIFICO: Que la presente copia
estática es exactamente igual al original
que he tenido a la vista y que he devuelto
en el caso al interesado.
Lima, 15/05/2002
431

PABLO D. RODRIGUEZ
FEDATARIO
RJ N° 0363-2001-1-OPD-15

Regístrate y comuníquese,



[Firma]
Dr. Luis Fernando Llanos Zavalaga
Jefe
Instituto Nacional de Salud

INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
Racionalización
25/OCT/2002
RECIBIDO
Hora 9:30 am Firma [Firma]

CAT.
C.F.E.

DIV.

SEG.

EXP.

CLASE

244



OFICINA DE SIGNOS DISTINTIVOS



EXP. FECHA SIGNO
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

REG. M.P. N.C.
RENOV. M.S. L.C. CLASE B
NULIDAD DEL CERTIFICADO Nº _____
L. DE USO DE D.O. _____
SOLICITANTE _____

PAIS: _____
ABANDONO DESISTIMIENTO OBSERV.
INADM. DENEG. OTORG.
R.D. Nº _____ OF. SIGNOS DISTINTIVOS FECHA _____

RECONSIDERACION APELACION
R.D. Nº _____ D.G. INDECOPI CONFIR. REVOC.

CERTIFICADO Nº _____
VIGENCIA _____
OBSERVACIONES _____

