



ACTA DE REESTRUCTURACIÓN

En ____ (lugar, localidad, villa o ciudad) del municipio de _____ estado de _____ a las ____ horas, del día ____ del mes de _____ del año _____ en las oficinas que ocupa _____ (lugar donde se celebra la asamblea) _____, se reúnen en Asamblea General Extraordinaria, los representantes de la Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural (SADER), los representantes, Presidente, Secretario de Actas y Tesorero, de los Organismos Auxiliares de Sanidad Vegetal vigentes en el estado de _____, para reestructurar el Comité Estatal de Sanidad Vegetal de _____, que bajo la coordinación de la Delegación de la SADER en el Estado, tiene el carácter de Organismo Auxiliar de la SADER, para coordinar y supervisar las acciones de coordinación de las Juntas Locales de Sanidad Vegetal, con base en lo estipulado en los artículos 7º fracciones I y VI, 14, 33 y 47 de la Ley Federal de Sanidad Vegetal publicada en el **Diario Oficial de la Federación** el 5 de Enero de 1994, y modificada a través de los Decretos publicados en el mismo órgano de difusión el 26 de julio de 2007 y 16 de noviembre de 2011; 7º, 8º fracciones I y II, 10º fracciones I, II, III, IV, 11, 12 y 13 del Reglamento de la Ley de Federal de Sanidad Vegetal, publicado en el **Diario Oficial de la Federación** el 15 de julio de 2016; y conforme a la convocatoria emitida por la SADER de fecha _____. Una vez aprobado el orden del día y al existir quórum legal se llevó a cabo la presentación del informe de inventario, de actividades y estados financieros de la mesa directiva saliente, el cual fue discutido y aprobado por la asamblea general (Anexos). Posteriormente se acordó la reestructuración, y se determinó que las características del Organismo Auxiliar sean las siguientes:

Se ratifica que su nombre será: Comité Estatal de Sanidad Vegetal de _____ (Nombre del Estado) _____.

Su circunscripción territorial y membresía comprenderá las siguientes Juntas Locales de Sanidad Vegetal (Relación de Juntas Locales de Sanidad Vegetal que serán coordinadas).

Nombre de la Junta Local	Nombre de los municipios de cada Junta Local	Número de miembros
TOTAL		

Sus principales actividades de coordinación se referirán a:

Cultivo	has	Campaña o Programa Fitosanitario	Acciones de coordinación	Laboratorio de Apoyo Fitosanitario, Puntos de Verificación Interna, etc.
Ejemplo: Algodón	15,000	Gusano rosado	Consultoría a asesores de las Juntas, supervisión de labores culturales, etc.	Operación de CREROB y de 3 puntos de verificación interna, etc.
TOTAL				

El Comité Estatal será coordinado por la Delegación de la SADER en el estado de _____.
Acto seguido, se procedió a elegir a los miembros de la Mesa Directiva, la cual quedó integrada de la manera siguiente:

Cargo	Nombre completo	Firma	Organismo Auxiliar representado
Presidente	_____	_____	_____
Secretario de Actas	_____	_____	_____
Tesorero	_____	_____	_____
Primer Vocal	_____	_____	_____
Segundo Vocal	_____	_____	_____
Tercer Vocal	_____	_____	_____

(Puede haber más de tres Vocales, según determine la Asamblea).

La SADER designó como su representante y Secretario General al C. _____, _____ cargo _____, con facultad de asesor técnico, conforme al artículo 22 fracción I del Reglamento Interior del Comité Estatal de Sanidad Vegetal de _____.

El Gobierno del Estado de _____ designó como su representante al C. _____, _____ cargo _____, conforme al artículo 22 fracción I del Reglamento antes citado, con facultad de coordinador de los apoyos estatales.

Por otra parte, la asamblea acordó que las actividades de coordinación que realice el Comité Estatal se financiarán mediante las aportaciones de las Juntas Locales, que se determinarán al presentar el Programa de Trabajo Anual y su presupuesto, en septiembre la versión preliminar, y en diciembre la definitiva.

Al no haber otro asunto que tratar, se da por terminada la asamblea a las _____ horas, del día _____ del mes de _____ del año _____, firmando al margen y calce los que en ella intervinieron para su debida y legal constancia.

Representantes de las dependencias asistentes.

Nombre completo	Firma	Cargo
_____	_____	_____ de la SADER
_____	_____	_____ de la SADER
_____	_____	_____ del SENASICA
_____	_____	_____ del Gobierno del Estado

Miembros asistentes: (anexar las hojas necesarias).

Nombre completo	Firma	Organismo Auxiliar representado	Cargo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

A P R U E B A

EL SUBDELEGADO AGROPECUARIO DE LA SADER

 C. _____ (nombre) _____

c.c.p. C. Director General de Sanidad Vegetal
c.c.p. C. Subdelegado de la SADER
c.c.p. C. Secretario de Desarrollo Agropecuario y Forestal (o equivalente) del Gobierno del Estado de _____
c.c.p. C. Representante Estatal Fitozoosanitario y de Inocuidad Agropecuaria y Acuícola en _____
original: C. Presidente del Organismo Auxiliar