



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), de los sectores de producción agrícola por cultivo, debidamente acreditados, y de los agricultores interesados de la localidad para reestructurar la Junta Local de Sanidad Vegetal de _____ (Nombre respectivo) _____ que bajo la coordinación del Comité Estatal de Sanidad Vegetal de ____ (Nombre del Comité, respectivo) _____ tiene el carácter de Organismo Auxiliar de cooperación de la SADER, en la ejecución de acciones operativas, para la participación organizada de los productores agrícolas en Campañas y Programas Fitosanitarios, bajo la rectoría y coordinación de la SADER, con base a lo estipulado en los artículos 7º fracciones I y VI, 14, 33, 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, 9º fracciones I, II, III y 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, determinando que las características del Organismo Auxiliar sean las siguientes:

Se ratifica que su nombre será (*o su nombre se modifica a*): Junta Local de Sanidad Vegetal de ____ (nombre completo incluyendo el Estado que corresponda) _____.

Su circunscripción territorial y su membresía comprenderá la de las comunidades, localidades y sectores de producción por cultivo siguientes: (*Relación de comunidades y sectores de producción por cultivo interesados que aceptaron incorporarse según mapa adjunto*).

Nombre del municipio o sector	Nombre de las localidades de cada municipio o sector	Número de miembros	Nombre del representante	Cargo del representante
TOTAL				

Sus acciones para controlar sus principales problemas fitosanitarios serán:

Cultivo	has	Campaña o Programa Fitosanitario	Acciones operativas
Ejemplo: Algodón	3,500	Gusano rosado	Trampeo, control cultural, control químico, etc.
TOTAL			

La Junta Local será coordinada por el Comité Estatal de Sanidad Vegetal de _____ (nombre) _____, que funciona dentro de la jurisdicción del Distrito de Desarrollo Rural _____ en _____.

Acto seguido, se procedió a elegir a los miembros de la nueva Mesa Directiva, la cual quedó integrada de la siguiente manera:

Cargo	Nombre completo	Firma	Sector de producción por cultivo representado
Presidente	_____	_____	_____
Secretario	_____	_____	_____
Tesorero	_____	_____	_____
Primer vocal	_____	_____	_____
Segundo vocal	_____	_____	_____
Tercer vocal	_____	_____	_____

Por otra parte, en cumplimiento de los artículos 6° fracciones IV y V, 14 y 35 del Reglamento Interior de la Junta Local de Sanidad Vegetal, la Asamblea acordó que las actividades fitosanitarias que realice la Junta Local se financiarán mediante cuotas de sus miembros que se determinarán al presentar el Programa de Trabajo Anual y su presupuesto, en septiembre la versión preliminar, y en diciembre la versión definitiva, que incluirán la contratación de profesional(es) fitosanitario(s) que requieran las campañas que se ejecuten.

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

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

(firma)
C. _____ (nombre) _____

c.c.p. C. Director General de Sanidad Vegetal
c.c.p. C. Delegado 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