**Comité Evaluador del Programa de Recategorización o Promoción para el Personal Administrativo de Base afiliado al STAUNACH**

**P r e s e n t e**

El (la) que suscribe **(Datos del titular: nombre, cargo, dependencia),** me permito postular al (la) C. **(Nombre del trabajador(a))** con categoría y número de plaza **(señalar categoría y número de plaza que tiene actualmente),** quien aspira a acceder al “Programa de Recategorizacióno Promoción para el Personal Administrativo de Base afiliado al STAUNACH”.

Lo anterior, debido a que considero que es un(a) colaborador(a) que cuenta con los conocimientos, habilidades, aptitudes y calificaciones necesarias para aspirar a esta categoría; de acuerdo con la presente evaluación, en la que se observan los siguientes criterios y cuyas calificaciones son: 1 (malo), 2 (regular), 3 (bueno), 4 (muy bueno), 5 (excelente):

|  |  |
| --- | --- |
| **Criterios** | **Calificación** |
| 1. Vocación de servicio |  |
| 1. Eficiencia |  |
| 1. Disponibilidad para desempeñar sus funciones con dedicación, profesionalismo, compañerismo y solidaridad. |  |
| 1. Cuenta con los conocimientos y habilidades necesarias para el desempeño de su trabajo |  |

Para los efectos legales a que haya lugar, se extiende la presente en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez(ciudad), Chiapas, a los \_\_\_ días del mes de \_\_\_\_ del 2025.

**Atentamente**

**Nombre y firma del titular de la dependencia**

**en la que presta sus servicios**

**NOTA**: Este formato será enviado al Comité Evaluador por la persona Titular de la Dependencia de Adscripción, quien hará entrega del mismo de forma física.