



SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA  
HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMAN DE ANTOFAGASTA  
SUBDIRECCION GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS  
AZP/BCR/CMO/RIP/

CIRCULAR N° 022

MAT.: INFORMA SOBRE SOLICITUD JORNADAS DE AUTOCUIDADO.

ANTOFAGASTA, 20 ENE 2025

A : JEFES Y/O SUPERVISORES DE UNIDADES CLINICAS, ADMINISTRATIVAS Y DE APOYO.  
DE : DIRECTOR, HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA.

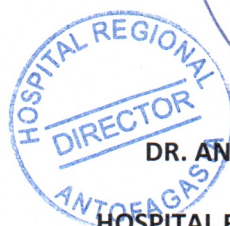
Por medio del presente y con la finalidad de continuar desarrollando estrategias de cuidado y resguardo de la salud mental, que permitan prevenir la ocurrencia de problemas y/o trastornos en funcionarios(as), como también fortalecer los factores protectores tanto laborales como personales, la dirección del establecimiento continuará promoviendo y autorizando la realización de una jornada de autocuidado de equipos, a ejecutar durante el primer semestre, sin que esto interrumpa la continuidad del servicio, velando en todo momento por el cumplimiento de nuestras funciones.

Para hacer efectiva esta jornada, cada unidad o servicio deberá cumplir con las siguientes condiciones:

- Presentar a la dirección del establecimiento, **proyecto de autocuidado**, el cual deberá estar visado por jefatura directa de la unidad y/o servicio, además de la subdirección correspondiente. Para este fin se adjunta formato de proyecto, el cual debe indicar propuesta de trabajo, actividades, participantes, lugar y fecha de ejecución.
- Se autorizará una jornada durante el primer semestre, **en media jornada de trabajo**. En caso de que, por continuidad de servicios, nos sea factible dentro de la jornada de trabajo, el tiempo invertido será devuelto en horas compensatorias, cumpliendo con los respaldos que se indican.
- Posterior a la autorización por parte de la dirección del establecimiento, el Dpto. Administración del Personal, dictará los actos administrativos por participación y asistencia a la actividad. Sobre este punto, se deja establecido que **los funcionarios/as no podrán participar en más de una jornada de autocuidado**, en caso de depender o cumplir funciones en más de una unidad o servicio.
- Una vez realizada la jornada de autocuidado, se deberá emitir un informe de ejecución o cierre de actividad, según formato adjunto, incorporando verificadores como registro fotográfico. Este informe deberá ser remitido a la dirección del establecimiento con copia al Dpto. Calidad de Vida Laboral, de no cumplirse con esta condición, no se autorizará la realización de otras actividades de igual naturaleza.

Estas jornadas de autocuidado cobran especial sentido, ya que para esta autoridad es preciso favorecer la generación de espacios, para que los integrantes de los equipos de trabajo, cuenten con una instancia de bienestar físico y mental, que inevitablemente impactará favorablemente en la atención que brindamos a nuestros usuarios y usuarias.

Finalmente, esta dirección determinará la autorización de jornadas de autocuidado durante el segundo semestre, previa evaluación de las actividades autorizadas y desarrolladas durante el primer semestre, lo que será informado oportunamente.

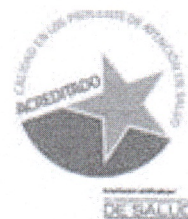


DR. ANTONIO ZAPATA PIZARRO  
DIRECTOR

HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA

DISTRIBUCION:

- **La Indicada.**
- Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas.
- Depto. Administración de Personal.
- Dpto. Calidad de Vida Laboral



SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA  
HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMAN DE ANTOFAGASTA  
SUBDIRECCION GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS

## PROYECTO JORNADA DE AUTOCUIDADO DE EQUIPOS DE TRABAJO

1.- Nombre Unidad/Servicio/Departamento:

1.- Nombre Actividad

2.- Fundamento Actividad

3.- Objetivo Actividad

4.- Programa

JORNADA	ACTIVIDADES DESARROLLAR	A	FECHA EJECUCION	LUGAR EJECUCIÓN
Primer Semestre				

5.- Participantes

NOMBRES APELLIDOS	RUN	ESTAMENTO



SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA  
 HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMAN DE ANTOFAGASTA  
 SUBDIRECCION GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS

## INFORME EJECUCION JORNADA DE AUTOCUIDADO

1.- Nombre Unidad/Servicio/Departamento:

1.- Nombre Actividad:

4.- Programa Ejecutado:

JORNADA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS (Detallar actividades realizadas)	FECHA EJECUCION	LUGAR EJECUCIÓN

5.- Medios de Verificación: (Registro fotográfico)

6.- Participantes Actividad:

NOMBRES y APELLIDOS	RUN	ESTAMENTO

**NOTA:** Se solicita remitir fotografías de las actividades realizadas al siguiente correo electrónico:  
[roxana.ibacache.p@redsalud.gob.cl](mailto:roxana.ibacache.p@redsalud.gob.cl)