

 Dirección General de Fiscalización Sanitaria	<b>Requisitos para autorización de Gimnasios</b> <i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i> <b>SIPROSA</b>				 Ministerio de Salud Pública	 GOBIERNO DE <b>TUCUMÁN</b>
Registro	RG 46 DFSS	Rev. 03	Vigencia: Sept 2025			Página 1 de 3

## **REQUISITOS PARA AUTORIZACIÓN DE GIMNASIOS**

### **1. Nota**

Dirigida a la Jefa del DFSS solicitando Habilitación del establecimiento indicando: (esta nota tiene carácter de Declaración Jurada)

- Domicilio del establecimiento (en el mismo se realizarán las notificaciones oficiales)
- Propietario
- Director Responsable (Nombre y Apellido, DNI)
- DIRECCIÓN TÉCNICA ejercida por un PROFESOR DE EDUCACIÓN FÍSICA con título expedido por Autoridad Competente.

### **2. Formulario RG 41 DFSS**

Descargar: <https://msptucuman.gov.ar/wordpress/wp-content/uploads/2024/04/RG-41-DFSS-FORMULARIO-DE-HABILITACION-REHABILITACION.pdf>

(Por duplicado)

### **3. Nómina de profesionales**

(Listado de todo el personal que trabaja en la institución), indicando para cada uno:

- a. Apellido y Nombre
- b. Nº DNI
- c. Teléfono fijo/celular
- d. Correo Electrónico
- e. Días y Horarios de Atención

Copia autenticada del título de los profesores (por entidad académica emisora)

Firmada y sellada por el Profesional Responsable de la Institución.

### **4. Arancel:**

- Comprobante de Depósito Banco Macro /Transferencia (**IMPRESO**) en cuenta:
  - CBU2850607030000007620565 o
  - Cuenta Nº 3-6070000076205/6

 Dirección General de Fiscalización Sanitaria	<b>Requisitos para autorización de Gimnasios</b> <i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i> <b>SIPROSA</b>				 Ministerio de Salud Pública	 GOBIERNO DE <b>TUCUMÁN</b>
Registro	RG 46 DFSS	Rev. 03	Vigencia: Sept 2025			Página 2 de 3

- Alias: SERV.SALUD

Según tipo y Nivel del Establecimiento. (Nivel 1: tamaño menor a 500 m<sup>2</sup> / Nivel 2: tamaño mayor a 500 m<sup>2</sup>)

- Ver Aranceles: <https://msptucuman.gov.ar/wordpress/wp-content/uploads/2025/03/Aranceles-Depto-Fisc.-Servicios-de-Salud-2025.pdf>

#### 5. Certificado de Cumplimiento Fiscal

A nombre del titular o Director (D.G.R.)

#### 6. Razón Social del Establecimiento.

Original y copia de contrato de S.R.L./S.A. (si tiene)

#### 7. Derecho al uso.

Presentar original y copia de: Escritura, Contrato de Locación sellado por DGR, Comodato sellado por DGR o Cesión Legal con firma autenticada y escritura del cedente, según corresponda a cada caso referido al Local donde funciona el Servicio

#### 8. Contrato de Tercerización de Servicios:

- Contrato vigente con servicios de emergencias médicas (habilitado). Presentar comprobante del último pago.
- Seguro de responsabilidad Civil vigente. (Presentar comprobante del último pago)

#### 9. Equipamiento del establecimiento

Lista de equipos/aparatos/installaciones/Etc.

#### 10. Constancia de Capacitación en RCP y Primeros Auxilios

De todo el RRHH del establecimiento.

#### 11. Contar con Botiquín de Primeros Auxilios

Contenido mínimo: gasas, vendas tipo Cambric, collar de inmovilización, algodón, antisépticos, etc.

**NO DEBE CONTENER NINGÚN TIPO DE MEDICAMENTO**

#### 12. Fichero y Legajo de Clientes

Planificación de actividades, certificados de aptitud física de los clientes.

FICHERO DE CLIENTES que contengan Nombre, Dirección, DNI, Teléfono, Actividad, Referente ante emergencias, etc

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA expedido por profesional matriculado en SIPROSA (Generalista, Cardiólogo, Pediatra o Deportólogo). Deberá contener informe del examen cardiovascular y del ECG con detalle (tipo, modalidad e intensidad) de las actividades físicas para las que se encuentra Apto.

**Solo podrá comercializar SUPLEMENTOS DIETARIOS que cuenten con registro (RNPA: Registro Nacional de Producto Alimentario) otorgado por Autoridad Sanitaria competente y sean de VENTA LIBRE.**