



2025

Sistema de
Administración
y Gestión
**de Prestaciones
de Discapacidad**

(SAGDis)

MANUAL DEL USUARIO BENEFICIARIO

I. Introducción y Acceso al Sistema.

Objetivo

Este manual capacita a los beneficiarios para utilizar el portal de gestión de trámites de discapacidad.

Ingreso al Portal:

- Acceda con su usuario y contraseña.
- Si no está registrado, complete el formulario de registro, confirme los datos y valide su cuenta mediante el enlace que recibirá en su correo electrónico.



Portal - General

https://discapacidad-ospecon.gmssa.com.ar

CONSTRUIR Salud
Obra Social del Personal de la Construcción

Portal de Gestión

Iniciar sesión

Usuario 

Password 

Iniciar Sesión

[¿Es su primera vez aquí? Regístrese](#)

[¿Olvidaste tu contraseña?](#)

II. Registración Obligatoria Trámite de Discapacidad.

Este trámite es condición necesaria para solicitar la cobertura de alguna prestación de Discapacidad. Al desplegarse el menú seleccione **Registración OBLIGATORIA Trámite Discapacidad**, luego el sistema lo guiará a la siguiente pantalla en la que se debe seleccionar el beneficiario del grupo familiar y completar los campos requeridos:

Al finalizar esta carga, dar clic a “Procesar” y automáticamente el sistema le indicará el **número de trámite**.

Importante: se debe registrar una dirección de correo electrónico para toda notificación y/o seguimiento del trámite ingresado.

Una vez completada la Registración Obligatoria, puede solicitar las siguientes prestaciones mediante la opción “+ Agregar trámite”:

Registracion

Tipo Documento Titular

Nro Documento Titular

Nro. de Documento sin puntos

Fecha Nacimiento Titular

dd/mm/aaaa

Mail

Ingrese el su casilla de correo

Teléfono

Ingrese su Nro de Telefono

Contraseña:

Ingrese Contraseña

Confirme Contraseña:

Confirme Contraseña

Confirmar

Tipos de Prestaciones

- Baja de prestaciones.
- Registración Obligatoria Trámite de Discapacidad (condición excluyente para el ingreso a las prestaciones proceso explicado en el punto anterior).
- Apoyo a la Integración Escolar / Maestro de Apoyo.
- Terapias.
- Establecimientos.
- Transportes.
- Prestaciones no Subsidiables (no Nomencladas).
- Documentación AIE/Maestro de Apoyo.
- Documentación Prestador.
- Informe semestral.

Seleccione la indicada y luego el programa lo guiará después de hacer click en “**iniciar trámite**”.

The screenshot displays the 'Tramites OS' web application. The interface includes a search bar with filters for 'Numero de Tramite', 'Tipo Tramite', 'Estado Tramite', 'Doc. Beneficiario', 'Fecha Desde', and 'Fecha Hasta'. A dropdown menu is open under 'Tipo Tramite', listing various service types such as 'Baja de Prestaciones', 'Alta / Modificación/Renovación de Prestaciones - APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR / MAESTRO DE APOYO', 'Alta / Modificación/Renovación de Prestaciones - TERAPIAS', 'Alta / Modificación/Renovación de Prestaciones - ESTABLECIMIENTOS', 'Alta / Modificación/Renovación de Prestaciones - TRANSPORTE', 'Alta / Modificación/Renovación de Prestaciones - PRESTACIONES NO SUBSIDIABLES', 'Documentación AIE/ Maestra de apoyo/Prestación de apoyo', 'Documentación Prestador', 'Informe Semestral', and 'Informe de Equipo'. The main table below the dropdown lists various tramites with columns for 'Trámite', 'Tipo de Trámite', 'F.U.M.', and 'Acción' (Consultar, Historial).

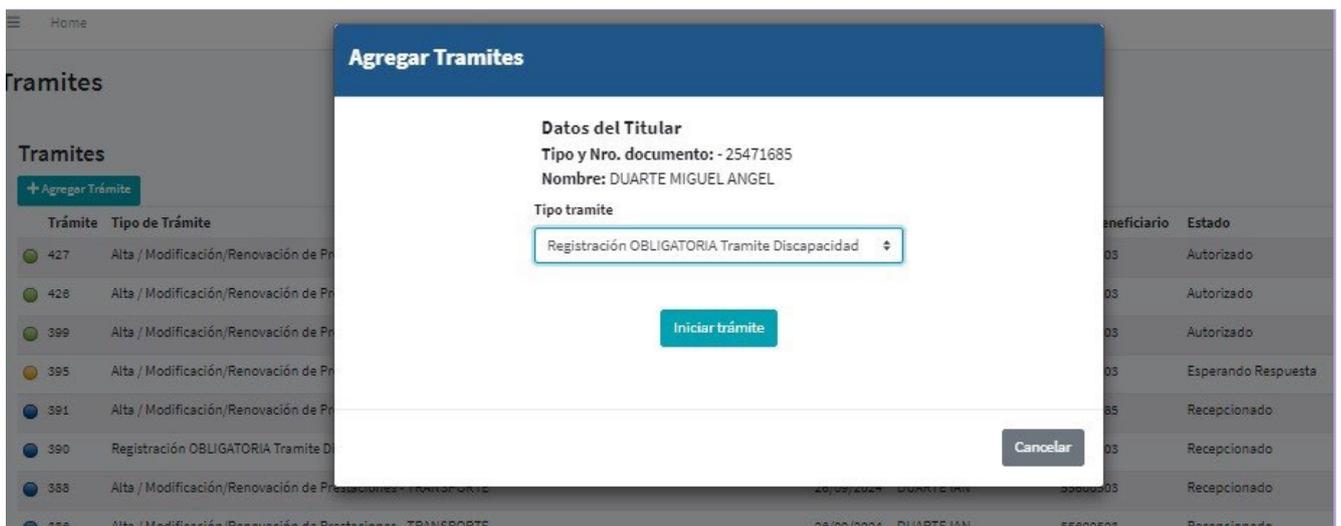
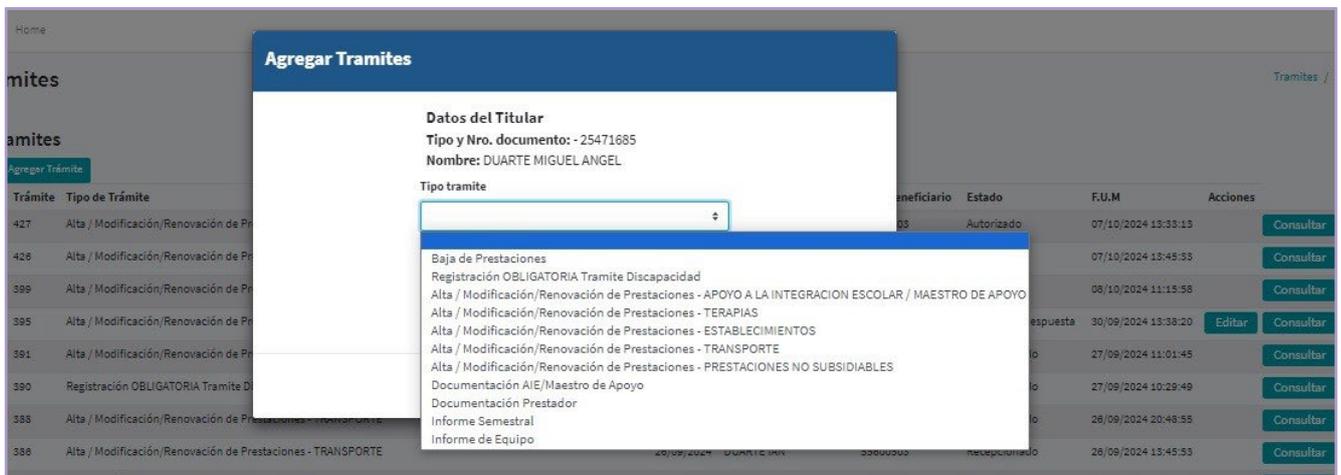
Ingreso de Prestaciones

Una vez realizada la Registración Obligatoria, deberá iniciar un nuevo trámite siguiendo los pasos detallados anteriormente.

Generalidades para todas las prestaciones. (*)

En todos los casos al optar por la opción deseada, deberá seleccionar el beneficiario del grupo familiar para el que se requiere la prestación, el tipo de trámite, los datos y el correo electrónico de contacto.

- **Alta:** cuando no cuenta con una autorización previa para esta modalidad.
- **Modificación:** cuando cuenta con una modalidad autorizada pero requiere modificación como por ejemplo cambio de prestador.
- **Renovación:** para gestionar la continuidad de una autorización vigente, sin otro tipo de cambio.
- Al seleccionar “**Agregar**” volverá a la página anterior donde deberá adjuntar la información solicitada. Formatos aceptados PDF o JPG. No se aceptan archivos repetidos ni con caracteres especiales */;?=(/ & ##
- Al finalizar esta carga, **dar clic en “Procesar”** y automáticamente el sistema le indicará el número de trámite.



Apoyo a la Integración Escolar / Maestro de Apoyo

Aclaraciones particulares

- **Cantidad mensual:** si lo que requiere es un módulo, indicar 1
- **Precio unitario:** indicar el importe mensual sin adicional (en caso de zona desfavorable NO incluir el 20%).

Siguen las generalidades para todo tipo de prestación (*)

Alta / Modificación/Renovación de Prestaciones - APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR / MAESTRO DE APOYO

Beneficiario Causante:

E-mail de contacto:

E-mail de prestador:

Prestaciones

Registración de información | Editar la información | Eliminar la información

Prestación	Prestador	Cantidad Mensual	Precio Unitario	Cantidad Días	Fecha Desde	Fecha Hasta
------------	-----------	------------------	-----------------	---------------	-------------	-------------

Documentación requerida

- Resumen de Historia Clínica: firmado por médico tratante
- Prescripción médica del médico tratante
- Conformidad Res 1731/2021 SSSalud - ANEIXO III
- Informe Evolutivo de la Prestación Brindada
- Presupuesto y Consentimiento
- Constancia de Alumno Regular Ciclo Lectivo o Constancia de Matriculación
- Acta Acuerdo, firmado por familiar responsable/tutor, directivo del establecimiento educativo y prestador e cargo
- Plan de abordaje individual con detalle de educación curricular en caso de corresponder, confeccionado por profesional/equipo tratante
- Categorización (BNI/ANDES) o Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación Maestro de Apoyo
- Acuerdo Prestador

Procesar | Cancelar

Terapias

Al optar esta opción deberá seleccionar el beneficiario del grupo familiar para el que se requiere la prestación, el tipo de trámite, los datos y el correo electrónico de contacto.

Aclaraciones particulares

- **Prestación de Apoyo:** Cuando se solicite un tratamiento a cargo de un profesional independiente o de un establecimiento que solicite únicamente una terapia.
- **Módulo Integral Simple o Intensivo:** cuando se soliciten dos o más tratamientos a cargo de un mismo establecimiento.
- **Registración de Información:** se desplegará una nueva ventana en la que deberá completar los requerimientos, indicando cual es la terapia que se solicita, la cantidad de sesiones y los días correspondientes al cronograma, al finalizar selecciones “Agregar”. En el caso de un Tratamiento Simple o Intensivo, este paso debe repetirse por cada terapia.

Siguen las generalidades para todo tipo de prestación (*).

Alta / Modificación/Renovación de Prestaciones - TERAPIAS

Beneficiario Causante:

Tipo de Trámite:
 Alta Modificación Renovación

Prestación:

CUIT Prestador:

Zona Desfavorable:

Dependencia

Cantidad Mensual:

Precio Unitario: **Precio Total Prestación:**

Fecha Desde: **Fecha Hasta:**

E-mail de contacto:

E-mail de prestador:

Prestaciones

Prestación	Cantidad Mensual	Cantidad Días
Documentación requerida		
Resumen de Historia Clínica: firmado por médico tratante	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/>	Sin archivos seleccionados
Prescripción médica del medico tratante	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/>	Sin archivos seleccionados
Conformidad Res 1731/2021 SSSalud - ANEXO II	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/>	Sin archivos seleccionados
Informe Evolutivo de la Prestación Brindada	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/>	Sin archivos seleccionados
Plan de abordaje individual	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/>	Sin archivos seleccionados
Presupuesto y Consentimiento	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/>	Sin archivos seleccionados
RNP para las Instituciones y profesionales regulados por la S.S.S. y/o Título habilitante	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/>	Sin archivos seleccionados

Establecimientos

Aclaraciones particulares

- Dependencia: en caso de corresponder adicional por Dependencia, se debe marcar el check “Dependencia”
- Cantidad mensual: deberá indicar 1
- Precio Unitario: deberá indicar el importe mensual sin adicionales (en caso de adicional por zona desfavorable NO incluir el 20% y en caso de dependencia NO incluir el 35%)

Siguen las generalidades para todo tipo de prestación (*).

Alta / Modificación/Renovación de Prestaciones - ESTABLECIMIENTOS

Beneficiario Causante:

E-mail de contacto:

Ej: xxxx@gmail.com

E-mail de prestador:

Ej: xxxx@gmail.com

Prestaciones

[+ Registración de Información](#) [✎ Editar la Información](#) [- Eliminar la Información](#)

Prestación	Prestador	Cantidad Mensual	Precio Unitario	Cantidad Días	Fecha Desde	Fecha Hasta
------------	-----------	------------------	-----------------	---------------	-------------	-------------

Documentación requerida

Resumen de Historia Clínica: firmado por médico tratante	Seleccionar archivo	Sin archivos seleccionados
Prescripción médica del medico tratante	Seleccionar archivo	Sin archivos seleccionados
Conformidad Res 1731/2021 SSSalud - ANEXO II	Seleccionar archivo	Sin archivos seleccionados
Informe Evolutivo de la Prestación Brindada	Seleccionar archivo	Sin archivos seleccionados
Plan de abordaje individual	Seleccionar archivo	Sin archivos seleccionados
Presupuesto y Consentimiento	Seleccionar archivo	Sin archivos seleccionados
RNP (SSSalud) - Categorización (SNR/ANDIS)	Seleccionar archivo	Sin archivos seleccionados
Informe confeccionado por trabajador social-Hogares	Seleccionar archivo	Sin archivos seleccionados !
Escala FIM confeccionada por médico tratante y/o Lic. En Terapia Ocupacional	Seleccionar archivo	Sin archivos seleccionados !
Acuerdo Prestador	Seleccionar archivo	Sin archivos seleccionados

Procesar

Cancelar

Transporte

Luego de optar por “Transporte” seleccionar “**Registración de Información**” y se desplegará una nueva ventana para completar los datos allí requeridos.

Aclaraciones particulares

- Direcciones: indicar el recorrido presupuestado (dirección de partida y destino).
- Km ida y vuelta: indicar la cantidad de km de ida (mensuales) y de vuelta (mensuales). El sistema calculará automáticamente los km totales.
- Precio unitario: indicar el importe del kilometraje sin adicionales (en caso de adicional por zona desfavorable no incluir el 20% y en caso de dependencia tampoco incluir el 35%).

Siguen las generalidades para todo tipo de prestación (*).

Alta / Modificación/Renovación de Prestaciones - TRANSPORTE

Beneficiario Causante:

E-mail de contacto:

Ej : xxxx@gmail.com

E-mail de prestador:

Ej : xxxx@gmail.com

Prestaciones

[+ Registración de Información](#) [✎ Editar la Información](#) [✖ Eliminar la Información](#)

Prestación	Prestador	Kilometros Totales	Importe por Km	Cantidad Días	Fecha Desde	Fecha Hasta
------------	-----------	--------------------	----------------	---------------	-------------	-------------

Documentación requerida

Resumen de Historia Clínica: firmado por médico tratante	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/>	Sin archivos seleccionados
Prescripción médica del medico tratante	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/>	Sin archivos seleccionados
Conformidad Res 1751/2021 SSSalud - ANEXO II	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/>	Sin archivos seleccionados
Certificado de Domicilio expedido por Policía	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/>	Sin archivos seleccionados
Constancia de georreferenciación	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/>	Sin archivos seleccionados
Presupuesto y Consentimiento	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/>	Sin archivos seleccionados
Póliza de Seguro/Habilitación / Registro Profesional de conducir	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/>	Sin archivos seleccionados
Escala FIM confeccionada por médico tratante y/o Lic. En Terapia Ocupacional	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/>	Sin archivos seleccionados !
Acuerdo Prestador	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/>	Sin archivos seleccionados

Alta Transporte

Tipo de Trámite:
 Alta Modificación Renovación

Prestación:

CUIT Transporte:

Zona Desfavorables:

Dependencia

Dirección Desde:

Dirección Hasta:

Cantidad Días Semanales:
 Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado

Fecha Desde: Fecha Hasta:

Kms de Ida: Kms de Vuelta: Kms Totales:

Kms Mensuales:

Importe por KM: Importe Total:

Otra Documentación

Procedimiento para el ingreso de documentación específica que complementa trámites prestaciones ya ingresados y autorizados.

Documentación AIE/Maestro de Apoyo

Esta opción le permite ingresar la Constancia de Alumno Regular de la escuela común una vez iniciado el ciclo lectivo, particularmente en los casos en los que no la haya presentado al momento de gestionar el trámite inicial explicado en este ítem.

Siguen las generalidades para todo tipo de prestación (*).

Documentación AIE/Maestro de Apoyo

Beneficiario:

Fecha de la documentación

E-mail de contacto

Seleccione prestación

Incluir	N.Autorización	Mod. Otorgado	Fecha Desde	Fecha Hasta	CUIT	Razón Social
---------	----------------	---------------	-------------	-------------	------	--------------

Documentación requerida

Constancia de Alumno Regular	Seleccionar archivo	Sin archivos seleccionados !
Acta Acuerdo, firmada por familiar responsable/tutor, directivo del establecimiento educativo y prestador a cargo	Seleccionar archivo	Sin archivos seleccionados !

Documentación Prestador

El sistema lo guiará en la documentación a ingresar.

Siguen las generalidades para todo tipo de prestación (*).

Documentación Prestador

Beneficiario Causante:

Fecha Vencimiento

E-mail de contacto

Seleccione prestación

Incluir	N.Autorización	Prestación	Fecha Desde	Fecha Hasta	CUIT	Razón Social
---------	----------------	------------	-------------	-------------	------	--------------

Documentación requerida

RVP para las Instituciones y profesionales regulados por la S.S.S. y/o Título habilitante	Seleccionar archivo	Sin archivos seleccionados
---	---------------------	----------------------------

Informes Semestrales

El sistema lo guiará en la documentación a ingresar.
Siguen las generalidades para todo tipo de prestación (*).

Informe Semestral

Beneficiario:

Fecha de la documentación

E-mail de contacto

Seleccione prestación

Incluir	N.Autorización	Mod. Otorgado	Fecha Desde	Fecha Hasta	CUIT	Razón Social
---------	----------------	---------------	-------------	-------------	------	--------------

Documentación requerida

Informe Inicial o Evolutivo Sin archivos seleccionados

Baja de Prestaciones

Este ítem debe ser seleccionado para solicitar la baja de prestaciones ya autorizadas. Al elegir el tipo de trámite “Baja de Prestaciones”, el sistema lo guiará en la documentación a ingresar.

Siguen las generalidades para todo tipo de prestación (*).

Baja de Prestaciones

Beneficiario Causante:

Fecha de última atención

Motivo

E-mail de contacto

Seleccione prestación a dar de baja

Incluir	N.Autorización	Prestación	Fecha Desde	Fecha Hasta	CUIT	Razón Social
---------	----------------	------------	-------------	-------------	------	--------------

Documentación requerida

Nota explicatoria sobre detalles de la situación por la que solicita la baja de la prestación Sin archivos seleccionados

 **0800-222-0123**

 informacion@construirsalud.com.ar

 [ospecon.medios](https://www.instagram.com/ospecon.medios)

 [Construirsalud](https://www.facebook.com/Construirsalud)

 www.construirsalud.com.ar

Para más información consultá en tu Centro Médico
de Atención Primaria más cercano:



**Direcciones de Centros Médicos
en Capital Federal y Buenos Aires**



**Direcciones de Centros Médicos
del interior del país**



