

MODIFICACIÓN EN EL PADRÓN
MENSUAL DE PERSONAS
BENEFICIARIAS INSCRIPTAS AL
PROGRAMA SUMAR+

Puntos Clave de la Modificación

Implementación de CUIL:

Se implementará un proceso de **incorporación de CUIL** (Código Único de Identificación Laboral) a la base de personas inscriptas al Programa, en conjunto con **ANSES** (Administración Nacional de la Seguridad Social).

- Nuevo Campo y Plazo:

☐ Se ha agregado el **Nuevo Campo Número de Cuil** al formulario.

Numero de Formulario: **NUEVO**

Tipo de Transaccion:	Inscripcion ▼		
Apellidos:	<input type="text"/>	Nombres:	<input type="text"/>
El Documento es:	Seleccione clase documento ▼	Tipo de Documento:	Seleccione Tipo de Documento ▼
Numero de Documento:	<input type="text"/>	Numero de Cuil:	<input type="text"/>
Mail:	<input type="text"/>	Celular:	<input type="text"/>

☐ A partir del **Padrón de enero de 2026**, será obligatorio completar el campo de CUIL para **todas** las personas inscriptas al Programa.

Importancia del Campo CUIL:

En el sistema, el CUIL es importante porque **dos personas pueden tener el mismo DNI** pero lo que cambia es el CUIL, permitiendo una correcta identificación.

BUSCAR INFORME

20-32631814-1	Rodriguez Gustavo Alberto	Consultar Informe
	Actividad: Sin Actividad AFIP	
27-32631814-6	Corbalan Cynthia Alejandra	Consultar Informe
	Actividad: Sin Actividad AFIP	
	Provincia: Salta	

Vistas del Sistema

La presentación muestra ejemplos de cómo se integra el campo CUIL en los formularios y cómo se visualiza la información en el sistema (posiblemente **Sigep**):

Formulario de Inscripción/Modificación: Se ve un campo para el "Número de Cuil"

Continuidad COVID Continuidad Salud Facturación **Inscripción** Cuentas

Formulario

Numero de Formulario: **1013902391294493**

Tipo de Transaccion:	Modificacion ▼	Nombres:	CYNTHIA ALEJANDRA
Apellidos:	CORBALAN	Tipo de Documento:	Documento Nacional de Identidad ▼
El Documento es:	Propio ▼	Numero de Cuil:	27326318146
Numero de Documento:	32631814	Celular:	
Mail:			

Si necesita modificar los datos filiatorios comunicarse al programa sumar

Datos de Nacimiento, Sexo, Origen y Estudios

Sexo:	Femenino ▼	Fecha de Nacimiento:	24/12/1986	...dd/mm/yyyy
-------	------------	----------------------	------------	---------------

A los fines de evitar el retorno de los pacientes a los Centros de Salud u hospital se solicita tener especial atención al momento de cumplimentar el rubro 1, lo cual debe realizarlo exclusivamente el profesional médico certificante con letra legible

Sin omitir:

1. Apellido y Nombre de la embarazada

2. DNI

3. Nombre del Centro de Salud

4. Código del Establecimiento del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES).

5. Lugar, Fecha y Sello del Establecimiento de Salud

6. Firma y sello del profesional.

Lo solicitado obedece a las modificaciones del sistema y controles de otorgamiento para el beneficio.

Versión 1.7

ANSES **Formulario** PS. 2.67 **Solicitud de la Asignación por Embarazo para Protección Social**

Desde: Código de dependencia: Oficina: Trámite N°:

Rubro 1 – Constancia médica para la solicitud de la Asignación por Embarazo para Protección Social

Certifico el embarazo de (apellido y nombre de la titular):

DNI (titular): CUIL (titular):

Fecha: Semanas de gestación (entre 12 y 42 semanas): Fecha probable de parto:

Apellido(s) y nombre(s) de profesional certificante:

CUIL: Matricula N°: Nacional ☐ Provincial ☐

Código del Establecimiento del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES).

Código del establecimiento del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES):

Lugar y fecha / Sello del establecimiento: Firma y sello del profesional certificante:

Rubro 2 – Datos de contacto de la titular

Correo electrónico: Teléfono:

¿Posees obra social? ☐ Si ☐ No ☐ Si tildeaste "Si", indicá tu situación: Monotributista social ☐ Trabajo en casas particulares ☐

Rubro 3 – Datos del representante/ natural o legal (completar si la titular es menor de 16 años)

Apellido(s) y nombre(s):

N° de documento: CUIL:

Declaro bajo juramento que mi grupo familiar cumple con los requisitos establecidos por la Ley N° 24.714, para el cobro de la Asignación por Embarazo para Protección Social, tomando conocimiento que el 25% del monto acumulado me será liquidado una vez que acredite ante ANSES el nacimiento, la inscripción en el Programa Sumar del menor, la interrupción del embarazo o defunción, dentro del año de ocurrido el mismo. Asimismo, tomo conocimiento que tendré que acreditar cualquiera de estas situaciones previo a solicitar una nueva Asignación por Embarazo para Protección Social.

Se deja constancia que los datos personales que obran en el presente formulario fueron suministrados en forma voluntaria por la persona gestante y serán utilizados exclusivamente para el acceso a la Asignación por Embarazo para Protección Social. El responsable del tratamiento y resguardo de los mismos es la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), con domicilio en la Avenida Córdoba 720, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Asimismo, ANSES queda autorizada a cederlos y compartirlos con el Ministerio de Salud y demás organismos con competencia específica en la materia, observando en todo momento las medidas de seguridad, resguardo y confidencialidad establecidas por la Ley N° 25.326.

Muchas Gracias estamos a su disposición

sistemassumarsalta@gmail.com