

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).

## Objetivo de la Incorporación:

Esta acción tiene como fin contar con **información más completa y precisa**, lo que robustecerá los intercambios y la articulación con otros organismos, asegurando la **correcta gestión de las asignaciones de ANSES**.

## Obligatoriedad del CUIL:

- Obligatorio:** Todo Argentino con Documento Nacional de Identidad (DNI).
- No Obligatorio:** Para Extranjeros no nacionalizados y para menores de un año con documento Ajeno (del Tutor a cargo).

DONDE ESTA EL CUIL EN EL DNI



- Nuevo Campo y Plazo:

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

Número de Formulario: INUEVO

|                      |                              |
|----------------------|------------------------------|
| Tipo de Transaccion: | Inscripción                  |
| Apellidos:           |                              |
| El Documento es:     | Seleccione clase documento   |
| Numero de Documento: |                              |
| Mail:                |                              |
| Nombres:             |                              |
| Tipo de Documento:   | Seleccione Tipo de Documento |
| Numero de CUIL:      |                              |
| Celular:             |                              |

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.

---

32631814

BUSCAR INFORME

20-32631814-1

Rodriguez Gustavo Alberto

Actividad: Sin Actividad AFIP

 Consultar Informe

27-32631814-6

Corbalan Cynthia Alejandra

Actividad: Sin Actividad AFIP

Provincia: Salta

 Consultar Informe



# 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"

Contabilidad Caja - Contabilidad Sumar - Facturación - Inscripción - Consultas

**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     | Mail:              |                                 |
| Sexo:                | Femenino     | Celular:           |                                 |

Si necesita modificar los datos filiatorios comunicarse al programa sumar

**Datos de Nacimiento, Sexo, Origen y Estudios**

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

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>ANSES</b>  |  |   |
| Formulario<br>PS. 2.67  | Solicitud de la Asignación por Embarazo para Protección Social |   |
| Fronte  |  |   |
| 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<br>(entre 12 y 40 semanas)                | Fecha probable de parto   |
| Apellido(s) y nombre(s) de profesional certificante   |  |   |
| CUIL  | Matrícula N°   | Nacional <input type="checkbox"/> Provincial <input type="checkbox"/> |
| 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:  |   |
| ¿Poseés obra social? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si tildaste "Si", indica tu situación: Monotributista social <input type="checkbox"/> Trabajo en casas particulares <input type="checkbox"/>   |  |   |
| 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 20% 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 tendrá 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