**ANEXO B**

CARATULA DE PRESENTACION DE POSTULACION

**POSTULACION AL**

**PROCESO DE SELECCION DE CIRUJANOS DENTISTAS, PARA EL INGRESO A LA ETAPA DE DESTINACION Y FORMACION AÑO 2019, DEL ARTICULO 8° DE LA LEY N°19.664 DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

|  |  |
| --- | --- |
| APELLIDO PATERNO |  |
| APELLIDO MATERNO |  |
| NOMBRES |  |
| CEDULA IDENTIDAD |  |
| GENERO  |  |
| DIRECCIÓN |  |
| COMUNA – CIUDAD |  |
| REGIÓN |  |
| TELEFONO/CELULAR |  |
| NACIONALIDAD |  |
| FECHA NACIMIENTO |  |
| UNIVERSIDAD DE TITULACION |  |
| FECHA DE TITULACION |  |
| CORREO ELECTRONICO |  |

Timbre y fecha

Ministerio de Salud

Departamento de Formación, Perfeccionamiento y Educación continua del Ministerio de Salud, Mac-Iver 541, piso 2 Santiago Centro

(Lunes a jueves de 8:30 a 17:00 hrs. y viernes de 8:30 a 16:00 hrs.)

**El último día se recepcionarán postulaciones hasta las 13:00 horas**

|  |
| --- |
| **ANEXO C** |

FORMULARIO DE POSTULACIÓN AL

PROCESO DE SELECCION DE CIRUJANOS DENTISTAS, PARA EL INGRESO A LA ETAPA DE DESTINACION Y FORMACION AÑO 2019, DEL ARTICULO 8° DE LA LEY N°19.664 DE LOS SERVICIOS DE SALUD

**N° de Folio**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |   |   |

**(Uso de la Comisión)**

**IDENTIFICACIÓN PERSONAL:**

Apellido Paterno

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Apellido Materno

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Nombres

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Cédula de Identidad

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacionalidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Universidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Título\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anexo** | **Descripción** | **N° de Hojas Enviadas** |
| B | Carátula de presentación de la postulación  |   |
| C | Formulario de Postulación  |  |
| 1 | Certificado de Titulo con Nota |  |
| 2 | Formulario de actividades vinculadas a cargos de Ayudante Alumno  |   |
| 3 | Formulario Trabajos Científicos |   |
| 4 | Formulario de Capacitación y Cursos de Perfeccionamiento  |  |
| 5 A | Formulario Prácticas Atención Abiertas |  |
| 5 B | Formulario Actividades de Promoción de la salud |   |

**DECLARO CONOCER LAS PRESENTES BASES Y ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y PERTINENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA AL CONCURSO, PARA LO CUAL FIRMO**

**.......................................................................................**

**FIRMA DEL POSTULANTE**

|  |
| --- |
| **ANEXO D** |

LISTADO DE COTEJO ANTECEDENTES PRESENTADOS

PROCESO DE SELECCION DE CIRUJANOS DENTISTAS, PARA EL INGRESO A LA ETAPA DE DESTINACION Y FORMACION AÑO 2019, DEL ARTICULO 8° DE LA LEY N°19.664 DE LOS SERVICIOS DE SALUD

|  |  |
| --- | --- |
| **ANTECEDENTE** | **PRESENTADO** |
| **SI** | **NO** |
| Formulario Postulación Firmado |  |  |
| Copia Simple Cedula Identidad |  |  |
| Certificado de Título con nota  |  |  |
| Certificado de Internado Clínico |  |  |
| Resolución que certifica renuncia o certificado de carecer de aptitudes, en caso de haber tomado beca de especialización o cargo en la EDF a través del proceso establecido en Art. 8° Ley N°19.664 |  |  |
| Anexo Rubro 1 Calificación con documentos de respaldo |  |  |
| Anexo Rubro 2: actividades vinculadas a cargos de Ayudante Alumno con documentos de respaldo |  |  |
| Anexo Rubro 3: Trabajos Científicos con documentos de respaldo |  |  |
| Anexo Rubro 4: Capacitación y Cursos de Perfeccionamiento |  |  |
| Anexo Rubro 5A: Practica Atención Abierta con documentos de respaldo |  |  |
| Anexo Rubro 5B: Actividades de Promoción de la salud con documentos de respaldo |  |  |
| Todos los antecedentes ordenados, numerados y legalizados, cuando corresponda |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE Y FIRMA DEL POSTULANTE**

**ANEXO 1**

**Certificado de Título con nota**

**ADJUNTAR CERTIFICADO DE TITULO CON NOTA:** Certificado de título extendido por la Universidad respectiva, que incluya la nota o calificación final obtenida. En caso que el certificado no incluya la nota final, deberá adjuntar certificado de nota de título final, suscritos por el Secretario Académico o quien corresponda.

Los postulantes que cuenten con título extranjero revalidado en Chile, deberán presentar certificado de la respectiva Universidad indicando la nota final de título y además especificar con qué escala fue calculada la nota. Se calculará el equivalente a la nota, y se otorgará el 95% del puntaje del valor correspondiente.

ANEXO Nº 2

# FORMULARIO DE ACTIVIDADES VINCULADAS A CARGOS DE AYUDANTE ALUMNO\*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:**  |  |
| **Institución:** |  |
| **Asignatura:**  |  |

**Todas las fechas deben ser en formato (día/mes/año)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nivel cursado\*\*: |   | Fecha inicio : | / / | Fecha termino:  | / / | Horario (inicio/término) |  / |
| Nivel cursado: |   | Fecha inicio: | / / | Fecha termino:  | / / | Horario (inicio/término) |  / |
| Nivel cursado: |   | Fecha inicio: | / / | Fecha termino:  | / / | Horario (inicio/término) |  / |
| Nivel cursado: |   | Fecha inicio: | / / | Fecha termino:  | / / | Horario (inicio/término) |  / |
| Nivel cursado: |   | Fecha inicio: | / / | Fecha termino:  | / / | Horario (inicio/término) |  / |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Director Escuela de Odontología** | **Director Escuela de Pregrado** | **Secretario de Estudios** |
| (Nombre, Firma y Timbre) | (Nombre, Firma y Timbre) | (Nombre, Firma y Timbre) |

***(Cumple el requisito con la firma de al menos una de las tres autoridades universitarias)***

**USO COMISION**

**TOTAL MESES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **PUNTAJE OBTENIDO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\*Se deberá adjuntar un anexo por cada ayudantía realizada

\*\*Nivel cursado se refiere al año académico cursado (1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°)

ANEXO Nº 3

FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ANTECEDENTES POR TRABAJO**

i)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido:  |

ii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido:  |

iii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido:  |

iv)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido:  |

v)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido:  |

**ANTECEDENTES POR TRABAJO**

vi)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido:  |

vii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido:  |

viii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido:  |

ix)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido:  |

x)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido:  |

**ANEXO Nº 4**

FORMULARIO CURSOS DE CAPACITACION Y PERFECCIONAMIENTO

|  |
| --- |
| **Nombre del Postulante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Nota: ordenar los cursos de capacitación o perfeccionamiento por certificado adjunto.

**Fotocopiar esta página cuando sea necesario.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del curso** | **N° horas** | **Aprobado con nota** | **PUNTAJE (uso exclusivo comisión)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ANEXO Nº 5.A**

FORMULARIO PRACTICA DE ATENCION ABIERTA

|  |
| --- |
| **Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Servicio de Salud/Comuna:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Establecimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Actividad** | **Fecha inicio****dd/mm/aa** | **Fecha termino****dd/mm/aa** | **Cantidad de días** | **Cantidad de Horas** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

El Director del Establecimiento certifica que esta práctica de Atención Abierta fue realizada por el postulante en modalidad ad honorem (no remunerada), en horario extracurricular.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **TUTOR DIRECTOR ESTABLECIMIENTO**

**USO COMISION**

|  |  |
| --- | --- |
| **Total Horas** | **Puntaje** |
|  |  |

**ANEXO Nº 5.B**

FORMULARIO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

|  |
| --- |
| **Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Servicio de Salud/Comuna:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Establecimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Actividad** | **Fecha inicio****dd/mm/aa** | **Fecha termino****dd/mm/aa** | **Cantidad de días** | **Cantidad de Horas** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

El Director del Establecimiento certifica que esta actividad de promoción fue realizada por el postulante en modalidad ad honorem (no remunerada), en horario extracurricular.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **TUTOR DIRECTOR ESTABLECIMIENTO**

**USO COMISION**

|  |  |
| --- | --- |
| **Total Horas** | **Puntaje** |
|  |  |

ANEXO N° 6

Formato de carta de Presentación de Reposición

**SRES. COMISIÓN**

**PRESENTE**

 Junto con saludar, me dirijo a Uds. para solicitarles tengan a bien acoger la solicitud de revisión de (marcar con una X la opción que corresponda):

A. Declaración de inadmisibilidad de la postulación:

B. Puntaje otorgado en el(los) siguiente(s) Rubro(s):

|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE REPOSICION:** |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:**  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:**  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:**  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 **Nombre, Firma y RUT** (del postulante)

**NOTA**:

* Se puede Reponer tanto por un rubro como por todos ellos
* Para que la Reposición sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes con que cuenten para apoyar y complementar la solicitud. **No se aceptan documentos nuevos.**

**Solicito apelación en subsidio: SÍ NO**

ANEXO N° 7

Formato de carta de Apelación

**SRS. COMISION DE APELACIÓN**

**PRESENTE**

 Junto con saludar, me dirijo a Uds. para solicitarles tengan a bien acoger la solicitud de revisión de (marcar con una X la opción que corresponda):

A. Declaración de inadmisibilidad de la postulación:

B. Puntaje otorgado en el(los) siguiente(s) Rubro(s):

|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE APELACION:** |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:**  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:**  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:**  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 \_\_\_\_\_\_

 **Nombre, Firma y RUT** (del postulante)

**NOTA**:

* Se puede apelar tanto por un rubro como por todos ellos
* Para que la Apelación sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes con que cuenten para apoyar y complementar la solicitud**. No se considera documentación nueva.**



# SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

# División de Gestión y Desarrollo de las Personas

# Depto. Formación, Perfeccionamiento y Educación Continua

## CUPO Nº \_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº8**

**RENUNCIA A PLAZA**

**CONCURSO DENTISTAS NUEVA PROMOCION 2019**

**APELLIDO PATERNO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**APELLIDO MATERNO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**NOMBRES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**RUN TELEFONO (Móvil o Fijo)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**CORREO ELECTRONICO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**UNIVERSIDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AÑO EGRESO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono alternativo de contacto**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SERVICIO DE SALUD :**

**ESTABLECIMIENTO :**

**NIVEL DE DIFICULTAD-DESEMPEÑO :**

Firma postulante o representante

**Santiago,**

**ANEXO N°9 INSTRUCTIVO GENERACION CODIGO QR**

El código QR o "Quick response code" es un método de almacenamiento de información en una matriz de puntos o en un código de barras bidimensional. Este se puede reconocer por distintos dispositivos móviles por medio de lectores específicos, llevando a un documento o página web.

1. Si bien existen diversas páginas web o programas de generación de códigos QR, usaremos la web: "**www.codigos-qr.com**" en la opción de "Generador de QR que llevará al siguiente link "http://www.codigos-qr.com/generador-de-codigos-qr/".



1. A continuación, tendremos distintas opciones, las cuales nos darán la funcionalidad del código. Por ejemplo, la opción "URL" nos permitirá agregar un link de una página web, con lo cual podremos acceder a dicha página al leer el código.



1. Como lo comentamos en el paso 2, al elegir URL podremos crear un código que nos pueda llevar a la página deseada, para ello nos solicitará tres datos.
2. El primero la URL del documento o página web.
3. Lo segundo será elegir el "tamaño" del código a crear, lo que es totalmente según su voluntad. El tamaño varía desde muy pequeño hasta muy grande. Recomendamos evitar los tamaños extremos.
4. Lo tercero será la "Redundancia", un código con mayor redundancia permite que, aunque este se encuentre deteriorado pueda llevar al lector a la página web o documento final. Por otro lado, el aumento de la redundancia llevará a generar códigos más grandes. Se recomienda la utilización de "Redundancia media"



1. Finalmente damos click en "generar códigos QR"



1. El código puede ser descargado como imagen o con el link que aparecerá debajo de este.
2. Un código dinámico permite utilizar un código QR que en el futuro puede modificarse la URL, pudiendo reutilizarse el código. Se recomienda que para estos fines se evite su uso.