

# Documentación Respaldatoria

---

Instructivo para enviar  
documentación respaldatoria  
de funcionarios de los CELs

## Documentación Respaldatoria

Objetivo.....	2
Alcance .....	2
Plazos .....	4
Requisitos.....	4
Procedimiento.....	5
Pantalla de inicio .....	5
Pantalla 2.....	7
Pantalla 3.....	7
Pantalla 4.....	10
Observaciones .....	10
Pantalla Final .....	11
Sistema Automático de Notificación (SAN).....	11
Notificaciones.....	11
Ejemplos Archivos PDF .....	12
Correcto.....	12
Incorrectos .....	17
Fin del Proceso de Capacitación.....	20
Errores y Consultas.....	21
Política de comunicación .....	22
Agenda y Datos Útiles .....	22
Formularios .....	23

## Objetivo

Este documento muestra las pantallas que deben completar para el envío de la documentación respaldatoria a fin de completar el expediente de los funcionarios de cada uno de los CELs.

La información suministrada será procesada de manera autónoma por la Dirección del Sistema Nacional de Licencias y tendrá carácter de Declaración Jurada.

## Alcance

¿Quiénes deben completar este formulario?

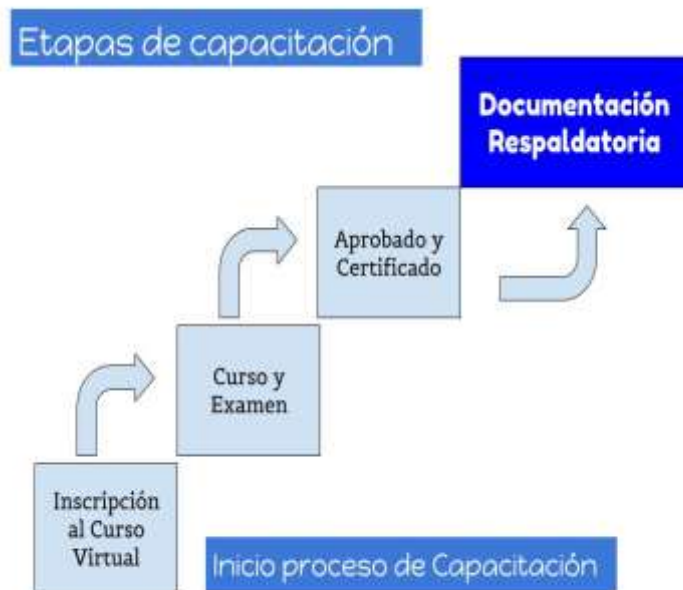
Todos los Encargados de los CEL que tengan responsabilidad directa sobre funcionarios que se desempeñen en cada uno de los CELs a su cargo.

¿Para qué sirve?

Sirve para enviar toda documentación referente al Alta o Baja de funcionarios del CEL.

¿Cuándo deben presentar la documentación respaldatoria?

Al momento de aprobar el y/o los cursos virtuales se notifica al Encargado del CEL por medio de un mail enviado a la cuenta institucional de dicha novedad. En el mismo se adjunta en formato PDF un archivo que contiene un Informe de Aspirante Aprobado (ver imagen)



06-mar-19

**Informe de Aspirante Aprobado**

Jujuy		FRAILE PINTADO	
Nombre	pedro ademir		
Apellido	arraya		
Mail	1 pademirvial19@gmail.com		
DNI	20675037		
Descripcion	Medicos		
Fecha Aprobado			
Referente	2 Eduardo Pascucci	3	
	eduardopascucci@yahoo.com.ar		fraillepintado.jujuy@sinalic.gob.ar

Estimado aspirante, habiendo aprobado el curso de Medicos, debera presentar la informacion respaldatoria en formato PDF de manera electronica; a tal fin, la información deberá ser volcada en un solo archivo cuyo nombre se conformará de la siguiente manera: número de DNI + nombre y apellido.PDF, ejemplo: 18678987DanielTorres.PDF

Contenido archivo PDF:  
Copia DNI - Frente y Dorso  
Copia Titulo  
Copia de Matricula Medica  
Copia de Convenio entre profesional y municipio

Para enviar el archivo PDF a la DSNLC debe ingresar al link deinado para esto.

<https://goo.gl/forms/FiKrvApSUAzazibr2>

Dicho informe se envía por mail al interesado (1) con copia al referente de la ANSV que atiende la Provincia (2) y al encargado del CELs (3) a la cuenta institucional. El documento contiene todos los datos y requisitos necesarios para la incorporación del aprobado. El link que se encuentra en el documento es el que necesita para culminar el trámite propuesto (4)

**IMPORTANTE !!!** Tenga presente que si Ud realiza el curso de Operador SINALIC y Instructor y/o Evaluador deberá enviar ambas documentaciones en un solo documento respaldatorio. **Por favor NO enviar dos veces el mismo archivo.**

### Plazos

¿Con que antelación debo ingresar la documentación respaldatoria?

No existe plazo de entrega.

### Requisitos

**PC/Tablet/Celular** Cualquiera de estos dispositivos que tenga conexión a Internet y un navegador.

Ingrese al navegador y coloque la siguiente dirección:

[Documentación Respaldatoria](#) - -

<https://goo.gl/forms/r63TjcTsLBYBzflG2>

Puede utilizar la herramienta de cortar y pegar (recomendada) o bien tipear la línea anterior en su navegador, en caso de que la tipee, por favor respete minúsculas y mayúsculas.

## Procedimiento

Deberá completar secuencialmente todos los datos, principalmente todos aquellos señalados como obligatorios, estos estarán referenciados con un \* (**asterisco rojo**).

### Pantalla de inicio

Dirección de correo electrónico: deberá ingresar la dirección de correo del funcionario que habiendo aprobado el curso virtual debe presentar la documentación respaldatoria para completar su expediente personal.

**ATENCIÓN.** La dirección de correo electrónico deberá ser única e irrepetible en caso de que no cumpla con el requisito de ser único e irrepetible, el trámite se abortará automáticamente, dejando sin efecto la inscripción.

### Documentación Respaldatoria

**\*ATENCIÓN:** El siguiente formulario esta dirigido a todos los aprobados que deben presentar documentación

Los datos a completar así como su autenticidad queda bajo estricta responsabilidad de la persona que lo completa.

**\*\*** Ud. debe completar este formulario solo una VEZ. La duplicidad de los datos anulara toda la gestión.

**\*\*\***No válido para la Provincia de Buenos Aires, ni CABA

El nombre y la foto asociados a tu cuenta de Google se registrarán cuando subas archivos y envíes este formulario. ¿No es tuya la dirección **gberton1967@gmail.com**? [Cambiar de cuenta](#)

**\*Obligatorio**

**Dirección de correo electrónico \***

Tu dirección de correo electrónico

**CUIL del responsable CELs \***

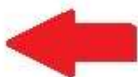
Tu respuesta

Dirección de correo electrónico \*

gberton1967@gmail.com

CUIL del responsable CELs \*

30357539510



**Atención CUIL del CEL**

SIGUIENTE

Página 1 de 3

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

En este ejemplo vemos que [gberton1967@gmail.com](mailto:gberton1967@gmail.com) es la dirección de mail ingresada al momento de la inscripción por el funcionario que cursó y aprobó el curso correspondiente.

A continuación ingresamos el CUIL del responsable del CELs, 30357539510, el ingreso debe ser sin signos de puntuación alguno y deben ser 10 dígitos. La concordancia del CUIL del responsable es la validación de la solicitud enviada. En caso de que este CUIL no corresponda al del Responsable del CEL el trámite será abortado.

Ambos datos serán validados y la concordancia de ambos será la validación para continuar la tramitación del expediente.

### Pantalla 2

Aquí Ud. Deberá completar que curso Ud acaba de aprobar

**Seleccioná una opción**

Seleccioná el rol que vas a desempeñar en tu CEL.

**Rol a desempeñar por el aprobado \***

OPERADOR SINALIC

INSTRUCTOR / EXAMINADOR

MÉDICO

PSICÓLOGO

REMATRICULACIÓN DE INSTRUCTOR - EXAMINADOR

Página 2 de 3

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

### Pantalla 3

Aquí Ud. debe cargar los siguientes datos: CUIL del funcionario que aprobó el curso virtual. Este CUIL deberá corresponder al declarado al momento de inscripción al curso virtual.

**Datos Personales**

Colocá tus datos como constan en tu Documento Nacional de Identidad (DNI)

**Número CUIL del aprobado \***

20184359430

**Adjunte archivo PDF con documentación respaldatoria**

[AÑADIR ARCHIVO](#)

Página 3 de 3

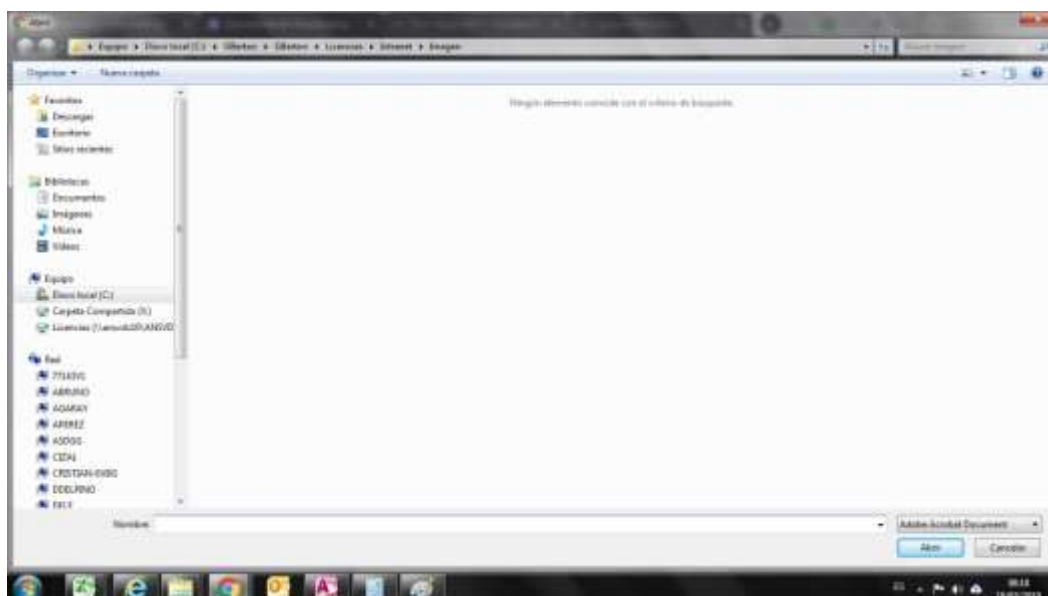
Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Una vez ingresado el CUIL deberá presionar sobre “AÑADIR ARCHIVO” para poder cargar el archivo PDF que contiene la documentación a enviar.





Presione botón izquierdo del mouse sobre el botón “Seleccionar archivos de tu dispositivo” (observar ilustración superior), una vez realizado este paso aparecerá la siguiente pantalla, a partir de aquí deberá navegar en el explorador de archivos en búsqueda del archivo PDF que Ud. desea enviar.





Recuerde que la documentación a enviar debe estar en un solo archivo PDF y que el mismo debe ser nombrado como: NroDNI+ApellidoyNombre.PDF.

En el ejemplo podemos ver 18435943BertonGustavo.PDF

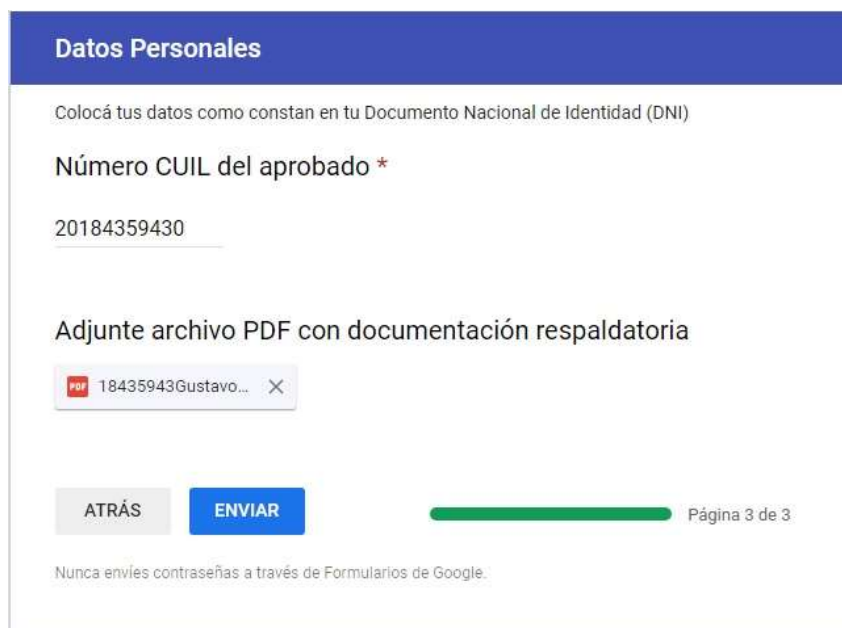


Una vez seleccionado el archivo PDF a enviar, verá esta pantalla de manera que Ud. podrá confirmar dicho envío al presionar el botón azul “Subir”

#### Pantalla 4

Una vez que tiene completo todos los datos presione el botón enviar.

Una vez confirmado el envío, los datos serán registrados por la Dirección Nacional de Licencias que tramitara el envío de la documentación respaldatoria en el lapso de 72hs hábiles.



#### Observaciones

- NO Complete el formulario más de una vez para el mismo CUIL.
- NO Complete el formulario nuevamente en caso de que quiera corregirlo. Para corregirlo deberá solicitarlo vía mail a [capacitacionlicencias@seguridadvial.gob.ar](mailto:capacitacionlicencias@seguridadvial.gob.ar)
- Tenga consideración en esperar un máximo de 72hs para el proceso de los registros.
- En caso de no visualizar en su bandeja de entrada la recepción del mail notificando su correcto ingreso, verifique el mismo en la carpeta de SPAM.

### Pantalla Final

Al visualizar esta pantalla sus datos quedaron ya registrados y listos para ser procesados por la DSNLC.

## Documentación Respaldatoria

Muchas Gracias por completar el formulario

\*\*Los datos ingresados serán enviados al abogado de su provincia. Los tiempos no son inmediatos luego de comprobar la documentación sera informado vía mail

Si tenes alguna duda sobre el formulario completado envía un mail a:

[capacitacionlicencias@seguridadvial.gob.ar](mailto:capacitacionlicencias@seguridadvial.gob.ar)

[Enviar otra respuesta](#)

### **ATENCIÓN:**

- El procesamiento de los datos por parte de la DSNLC tiene un plazo de 72hs, a partir de la pantalla final.
- La carga duplicada de una Solicitud desestimara ambas carga. En caso de duda espere 72hs que la DSNLC procese los datos y en caso de no tener novedades consulte antes de realizar una nueva carga.

### **Sistema Automático de Notificación (SAN)**

#### **Notificaciones**

Los CELs serán notificados vía mail del seguimiento de los archivos entregados. A partir de la confirmación del ingreso de la Documentación Respaldatoria el seguimiento del trámite estará a cargo del abogado de la provincia.

## Ejemplos Archivos PDF

### Correcto

Los siguientes son modelo de archivos correctamente enviados y sirven de documentación respaldatoria.

Los archivos adjuntos deben tener formato PDF, las imágenes legibles y en orientación correcta para su lectura.

Tenga presente que la documentación enviada por ud debe ser leída por un funcionario en la ANSV quien deberá terminar el proceso.

Toda información que no pueda ser leída y que no contemple los ejemplos demostrados, será automáticamente desestimada.

La responsabilidad de la confección y envío de la Documentación Respaldatoria es exclusiva del encargado del CEL solicitante.

Machagai (Chaco), 07 de Enero de 2019.-

Al Sra.

Directora del Sistema Nacional

de Licencias de Conducir De La Agencia

Nacional de Seguridad Vial

Victoria Erbe.-

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

Tengo el agrado de dirigirme a usted, con el objeto de comunicarle que se han incorporado nuevos profesionales médicos para la realización de los exámenes psicofísicos necesarios para tramitar la Licencia Nacional de Conducir en esta jurisdicción. Asimismo se deja expresa constancia, que la misma, observara el fiel cumplimiento de los recaudos exigidos en el artículo 14º inc A) 4 de la Ley 24.449 Anexo I al Decreto Nº 779/95 (T.O. según Ley Nº 26.369), y el cumplimiento concorde de las previsiones contenidas en la Disposición ANSV Nº 207/09.

En este orden, y encontrándose acreditado ante esta Jurisdicción que el **Dr. LUIS ALBERTO TSOLOFF DNI Nº 13.571.917** posee título universitario habilitante de médico con matrícula vigente Nº 2.739 de la Dirección de Fiscalización Sanitaria de la Provincia de Chaco, se propone para que se desempeñe en la función de evaluador psicofísico de esta Jurisdicción en la tramitación de la Licencia Nacional de Conducir.

Por último, en mi calidad de Intendente Municipal del Municipio de la localidad de Machagai, Provincia de Chaco, asumo el compromiso de preavisar con una antelación no menor a un mes, el cese en la función, del médico propuesto, asumiendo el compromiso de solicitar capacitación y reemplazar a quien decline, en el mismo lapso de tiempo, por las razones expuestas, solicito la matriculación del médico propuesto por esta Jurisdicción, para la realización de los exámenes psicofísicos, en el registro creado al efecto, por la ANSV. Sin otro particular, quedando a disposición para cualquier información adicional que pueda requerir, saludo a usted atentamente.

  
Juan Manuel García  
INTENDENTE  
Municipalidad de Machagai

**SEGURIDAD VIAL**



Ministerio de Transporte  
Presidencia de la Nación

## Solicitud para ALTA

Sistema Nacional de Licencias de Conducir

**Datos del ASPIRANTE - Completar en letra imprenta**

Examinador Médico  Instructor  Evaluador Práctico  Evaluador Teórico

Apellido: TSOLOFF Nombre: LUIS ALBERTO

Tipo: DNI N° de documento: 13571917 Sexo: M Fecha de nacimiento: 22/07/1959 Teléfono: 364-4359931

E-mail: tsoloff.machapei@gmail.com

**Dr. TSOLOFF LUIS..**  
 Clínica Médica  
 Firma del interesado 2262730

**Datos del ASPIRANTE - Completar en letra imprenta**

Examinador Médico  Instructor  Evaluador Práctico  Evaluador Teórico

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_ N° de documento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Firma del interesado

**Datos del ASPIRANTE - Completar en letra imprenta**

Examinador Médico  Instructor  Evaluador Práctico  Evaluador Teórico

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_ N° de documento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Firma del interesado

**Datos del ASPIRANTE - Completar en letra imprenta**

Examinador Médico  Instructor  Evaluador Práctico  Evaluador Teórico

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_ N° de documento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Firma del interesado

**Datos del Organismo donde se desempeña - Completar en letra imprenta**

Municipalidad / Provincia: Municipalidad de Machagai - Provincia Chaco Fecha: 07/10/2014

Dirección: Dte. Néstor C. Kirchner N° 70 -

**Juan Manuel García**  
 INTENDENTE  
 Municipalidad de Machagai  
 Firma y sello del funcionario responsable de CEL.

Adjuntar copia de DNI en todos los casos.  
Adjuntar copia de licencia de conducir si se trata de evaluador práctico.

## CONVENIO

En la ciudad de Machagai, Pcia. de Chaco, a los 03 días del mes de Enero de 2019, se reúnen, por una parte El Municipio de Machagai en su carácter de autoridad jurisdiccional o de aplicación de la Ley Nacional de Tránsito, representada por el Intendente Sr. JUAN MANUEL GARCIA, DNI N° 26.902.988, en adelante "El Municipio" y por la otra parte el Dr. LUIS ALBERTO TSOLOFF DNI N° 13.571.917, con domicilio en calle Mitre N° 231, de la localidad de Machagai (Chaco), en adelante "El Prestador Médico", para convenir las condiciones bajo las cuales se llevará adelante la prestación médica para la realización del examen médico psicofísico obligatorio para la obtención de la Licencia Única Nacional de Conducir, dispuesto por la Ley Nacional de Tránsito N° 24.449/95, Art. 14°, inciso a) 4.-

**PRIMERA:** El Municipio otorga la posibilidad, en forma abierta a la comunidad y sin exclusividad, de que voluntariamente el Prestador Médico, quien debe contar con la Habilitación Comercial en caso de ser un Centro Médico Privado, pueda brindar este servicio médico respetando las pautas, contenidos y parámetros definidos por la Agencia Nacional de Seguridad Vial en el correspondiente protocolo de procedimiento que forma parte de la Disposición N° 207/2009 de la ANSV, en sus capítulos referidos al examen médico psicofísico.-

**SEGUNDA:** El Municipio no percibirá ningún valor pecuniario o canon por parte del Prestador Médico en relación a los exámenes médicos psicofísicos obligatorios.

**TERCERA:** El Prestador Médico fijará sus tarifas médicas al solicitante de la Licencia Única Nacional de Conducir en base al tipo de servicio médico a prestarle a este informando al Municipio los posibles cambios que a futuro puedan sucederse.

**CUARTA:** El Prestador Médico acepta todos los controles y/o auditorías necesarios que disponga la ANSV o el Municipio, en base al Protocolo de la ANSV, con el fin de asegurar la correcta prestación médica y el registro de la documentación inherente a la misma.

**QUINTA:** En caso de observaciones que surjan de los controles o auditorías, la ANSV y ésta a través del Municipio, dispondrá de las medidas correctivas necesarias. En caso de que estas observaciones sean consideradas graves, El Municipio podrá disponer resolver unilateralmente el presente convenio.

**SEXTA:** El presente convenio tendrá un periodo de duración de un año a partir de la firma del presente, renovable automáticamente por periodos iguales. Para el caso del primer periodo de vigencia este se extenderá excepcionalmente hasta el 31 de Diciembre de 2019.

**SEPTIMA:** Las partes en caso de disconformidad podrán rescindir el presente convenio informando a la otra con una antelación de treinta (30) días.

**OCTAVA:** En caso de controversias las partes se someten a los Tribunales de Justicia de la Ciudad de Pcia. Roque Saenz Peña, Provincia del Chaco, fijando los domicilios informados precedentemente.

En prueba de conformidad del presente convenio las partes firman tres (3) copias de un mismo tenor.

Juan Manuel García  
INTENDENTE  
Municipalidad de Machagai

Dr. TSOLOFF LUIS  
Clínica Médica  
M.P. 2730





Nº 2.730 Fecha: 17-02-91  
Profesión: MEDICO CIRUJANO  
Apellido y Nombre: ESOLOFF, Luis  
Alberto.  
M. I. 13.571.917 Clase: 1959  
Autoridad: BERNARDO GOREN  
DIRECTOR  
Fiscalización Sanitaria

Incorrectos

Los siguientes ejemplos son archivos con contenido incorrecto:

El reverso del DNI es ilegible por estar en Vertical cuando debe estar en Horizontal. **RECHAZADO**




El reverso de la Licencia es ilegible por estar en Vertical cuando debe estar en Horizontal. **RECHAZADO**



La documentación respaldatoria es uno por cada funcionario por lo cual no puede haber dos funcionarios en la misma solicitud de Alta RECHAZADO

**SEGURO VIAL**



Ministerio de Transporte  
Presidencia de la Nación

**Solicitud para ALTA**  
Sistema Nacional de Licencias de Conducir

**Datos del funcionario de CEL - Completar en letra impresa**

Examinador Médico  Instructor  Evaluador Práctico  Evaluador Teórico

Apellido:  Nombre:

Tipo:  N° de documento:  Sexo:  Fecha de nacimiento:  Teléfono:

**Datos del funcionario de CEL - Completar en letra impresa**

Examinador Médico  Instructor  Evaluador Práctico  Evaluador Teórico

Apellido:  Nombre:

Tipo:  N° de documento:  Sexo:  Fecha de nacimiento:  Teléfono:

**Datos del funcionario de CEL - Completar en letra impresa**

Examinador Médico  Instructor  Evaluador Práctico  Evaluador Teórico

Apellido:

Tipo:

**Datos del funcionario de CEL - Completar en letra impresa**

Examinador Médico  Instructor  Evaluador Práctico  Evaluador Teórico

Apellido:


Tipo:

**Datos del Organismo donde se desempeña - Completar en letra impresa**

Municipalidad / Provincia:

Dirección:

Adjuntar copia de DNI en todos los casos.  
Adjuntar copia de licencia de conducir si se trata de evaluador práctico.



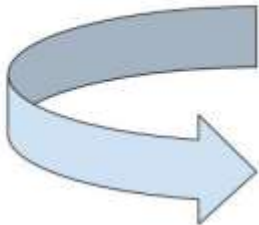
\_\_\_\_\_  
Firma y sello del funcionario

## Fin del Proceso de Capacitación

Una vez alcanzado la correcta incorporación de la documentación respaldatoria, todo su expediente estará a disposición del abogado responsable de la provincia. Culminando así el debido proceso.

Fin de capacitación

**Documentación  
Respaldatoria**



**Abogados de la  
Provincia**

Fin proceso de Capacitación

## Errores y Consultas

Ante la presencia de situaciones de errores y/o consultas les sugerimos seguir las siguientes pautas de comunicación:

Toda la documentación que envíe por mail deberá contener los datos:

En el espacio reservado para el Asunto escribir una de las siguientes opciones:

- ✓ Capacitación Operador
- ✓ Capacitación Instructor
- ✓ Capacitación Re Matriculación
- ✓ Capacitación Médicos

En el espacio reservado para el Texto detallar:

- Provincia
- Municipio
- Responsable del CEL
- Nombre y Apellido
- DNI

Luego detallar el texto que mejor indique su requerimiento. Recuerde que cuanto más específico y detallado sea su mensaje, la respuesta será la solución a su problema. Acompañe el texto con una captura de pantalla, este proceso ahorra malos entendidos y nos permite ver claramente su necesidad.

---

## Política de comunicación

Toda comunicación oficial debe ser remitida por medio de la dirección electrónica institucional otorgada por la ANSV, que tiene la siguiente estructura:

[CEL.Provincia@sinalic.gob.ar](mailto:CEL.Provincia@sinalic.gob.ar), ejemplo  
[tolhum.tierradelfuego@sinalic.gob.ar](mailto:tolhum.tierradelfuego@sinalic.gob.ar)

### **Agenda y Datos Útiles**

Mail de Capacitación Virtual:

[capacitacionlicencias@seguridadvial.gob.ar](mailto:capacitacionlicencias@seguridadvial.gob.ar)

Web de Capacitación Virtual:

<http://capacitacion.seguridadvial.gob.ar>

Teléfono Capacitación Virtual: 5295-2400 – Int. 1063

Teléfono Mesa de Ayuda: 0800-122-2678

## Formularios

En la siguiente tabla encontrara todo los links para que comprenden instructivos, formularios, y WEB que necesita para la operatoria administrativa del CEL.

En esta tabla también encontrara el código QR en caso que quiera y/o pueda acceder desde su unidad móvil

Formularios	Links	QR
Instructivo para Inscripción	<a href="http://capacitacion.seguridadvial.gob.ar/instructivo-fiv2.pdf">http://capacitacion.seguridadvial.gob.ar/instructivo-fiv2.pdf</a>	
Formulario de Inscripción Virtual	<a href="https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdJswiX4HyZOXz4tOMOVBL7lcLjdrKiyh5npJHtKmsY1qjxQ/viewform">https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdJswiX4HyZOXz4tOMOVBL7lcLjdrKiyh5npJHtKmsY1qjxQ/viewform</a>	
Formulario de Inscripción Presencial	<a href="https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScyl8-Pg74WpB2bPjXRqw4g6DseNsUuheFazRMiISsvqH4e4w/viewform">https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScyl8-Pg74WpB2bPjXRqw4g6DseNsUuheFazRMiISsvqH4e4w/viewform</a>	
Formulario de Solicitud de Insumos	<a href="https://forms.gle/ExS1d6ZWGJZDUKCA9">https://forms.gle/ExS1d6ZWGJZDUKCA9</a>	



<p>Formulario Carga Documentación Respaldatoria</p>	<p><a href="https://forms.gle/QpZBw4LAzctJTYf9">https://forms.gle/QpZBw4LAzctJTYf9</a></p>	
<p>Portal de Capacitación</p>	<p><a href="http://capacitacion.seguridadvial.gob.ar">http://capacitacion.seguridadvial.gob.ar</a></p>	

Para todos aquellos usuarios que tengan unidades móviles inteligentes y quieran acceder desde su dispositivo y no posea aplicación de lectura de código QR le sugerimos:

Para sistemas iPhone y/o Android: QR Droid Code Scanner