Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA
Oficina de Administración de los Tribunales

Para uso del Tribunal General de Justicia y sus dependencias

☐ Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de _____ Sección Archivo Terminado
☐ Sala Municipal de _____
☐ Tribunal Supremo ☐ Tribunal de Apelaciones ☐ OAT

Núm. solicitud del Tribunal: _____

SOLICITUD DE SERVICIOS DE DOCUMENTOS

Solicitud Núm. _____

☐ Personal ☐ Por correo ☐ Digitalizada Fecha _____ (día/mes/año)
☐ Por fax ☐ Por teléfono ☐ Por correo electrónico

1. Nombre del (de la) Solicitante: _____

2. Dirección : _____

_____ Código Postal _____

3. Teléfono*: ( ) _____ - _____

4. Correo electrónico: _____

5. Servicio que solicita:
☐ Copia Certificada ☐ Copia Simple
☐ Examinar Expediente ☐ Otro _____ (Indique)

6. Número de copias solicitadas: _____

7. Si es para uso oficial de una Agencia Gubernamental, indique el nombre: _____

REFERENCIAS DEL CASO

8. Dependencia:
☐ Tribunal Supremo
☐ Tribunal de Apelaciones
☐ Tribunal Primera Instancia
☐ Sala Superior ☐ Municipal
☐ Sub-Sección Distrito
☐ OAT
☐ Otro _____ (Indique)

_____ Sala

9. Asunto
☐ Civil _____
☐ Relaciones de Familia
☐ Expropiaciones
☐ Criminal
☐ Tránsito
☐ Otros _____

_____ (Indique)

10. Números de Casos:

_____

11. Partes del (de los) Caso(s):

_____ Demandante

v.

_____ Demandado(a)

12. Documento(s) que interesa:
☐ Sentencia
☐ Resolución
☐ Denuncia
☐ Otro _____

_____ (Indique)

13. _____
Firma del (de la) solicitante

PARA USO EXCLUSIVO DEL ARCHIVO

14. Documentos bajo custodia del:
☐ Archivo Activo
☐ Archivo Inactivo
☐ Archivo Central

15. Solicitud atendida por: _____

16. Fecha: _____ Día _____ Mes _____ Año

17. Localización: _____

18. Microfilmado:
☐ Sí ☐ No
Rollo Núm. _____

19. OBSERVACIONES: _____

20. **ARANCELES:** _____ Presentados _____ Fijados _____ Cancelados _____ Devueltos

21. Solicitud terminada por: _____

22. Solicitud archivada por: _____

23. Fecha: _____ (día/mes/año)

24. Autorización del (de la) Supervisor(a):
☐ Autorizada ☐ Denegada

25. Nombre del (de la) Supervisor(a): _____

26. Firma del (de la) Supervisor(a): _____

DEVOLUCIÓN

27. Para poder tramitar su solicitud necesitamos que nos envíe lo siguiente:
☐ Nombre completo del (de la) demandante
☐ Nombre completo del (de la) demandado(a)
☐ Año
☐ Otro: _____
☐ Tribunal donde se vio el caso
☐ Número del caso
☐ Sellos de rentas internas por: $ _____ (Ver desglose)

Devuelva este formulario con la información solicitada. De no recibir ésta dentro de los próximos 15 días, procederemos a archivar su solicitud y deberá radicar una nueva.

_____ Nombre del (de la) Funcionario(a) Autorizado _____ Firma del (de la) Funcionario(a) Autorizado(a) _____ Fecha (día/mes/año)

** Si la llamada es de larga distancia, la Secretaría del Tribunal o el Programa de Administración de Documentos podrían realizar la misma con cargos revertidos.*

RELACIÓN DE LOS SELLOS DE RENTAS INTERNAS

FECHA DE RECIBO (día/mes/año)	CANTIDAD	UNIDAD		VALOR		NÚMERO DE SERIE	FECHA DE CANCELACIÓN (día/mes/año)

Yo, _____, acepto que el exceso de los sellos sea cancelado.
Nombre del (de la) Peticionario(a)

_____ _____
Firma del (de la) Peticionario(a) Nombre del (de la) Funcionario(a) Autorizado(a)

_____ _____
Fecha (día/mes/año) Firma del (de la) Funcionario(a) Autorizado(a)

CERTIFICACIÓN DE RECIBO DE DOCUMENTOS

☐ Devolución de sellos: (Número de Serie) _____

_____

☐ Entregado(s) personalmente

☐ Enviado(s) por correo

☐ Recibido(s) de conformidad

Nombre del (de la) Peticionario(a)	Firma del (de la) Peticionario(a)	Fecha (día/mes/año)

Nombre del (de la) Funcionario(a) Autorizado(a)	Firma del (de la) Funcionario(a) Autorizado(a)	Fecha (día/mes/año)