

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

<b>Para uso del Tribunal General de Justicia y sus dependencias</b>	
<input type="checkbox"/> Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de _____	Sección Archivo Terminado
<input type="checkbox"/> Sala Municipal de _____	<b>Núm. solicitud del Tribunal:</b> _____
<input type="checkbox"/> Tribunal Supremo <input type="checkbox"/> Tribunal de Apelaciones <input type="checkbox"/> OAT	

**SOLICITUD DE SERVICIOS DE DOCUMENTOS**

Solicitud Núm. \_\_\_\_\_

- Personal     Por correo     Digitalizada  
 Por fax     Por teléfono     Por correo electrónico

Fecha \_\_\_\_\_  
(día/mes/año)

<p>1. Nombre del (de la) Solicitante: _____</p> <p>2. Dirección : _____          _____          _____ Código Postal _____</p> <p>3. Teléfono*: (    ) _____ - _____</p> <p>4. Correo electrónico: _____</p>	<p>5. Servicio que solicita:  <input type="checkbox"/> Copia Certificada    <input type="checkbox"/> Copia Simple  <input type="checkbox"/> Examinar Expediente    <input type="checkbox"/> Otro _____  <small>(Indique)</small></p> <p>6. Número de copias solicitadas: _____</p> <p>7. Si es para uso oficial de una Agencia Gubernamental, indique el nombre: _____</p>
---	--

**REFERENCIAS DEL CASO**

<p>8. Dependencia:  <input type="checkbox"/> Tribunal Supremo  <input type="checkbox"/> Tribunal de Apelaciones  <input type="checkbox"/> Tribunal Primera Instancia  <input type="checkbox"/> Sala Superior    <input type="checkbox"/> Municipal  <input type="checkbox"/> Sub-Sección Distrito  <input type="checkbox"/> OAT  <input type="checkbox"/> Otro _____  <small>(Indique)</small>          _____  <small>Sala</small></p>	<p>9. Asunto  <input type="checkbox"/> Civil _____  <input type="checkbox"/> Relaciones de Familia  <input type="checkbox"/> Expropiaciones  <input type="checkbox"/> Criminal  <input type="checkbox"/> Tránsito  <input type="checkbox"/> Otros _____          _____  <small>(Indique)</small></p>	<p>10. Números de Casos:          _____          _____          _____          _____          _____          _____          _____          _____          _____</p>
<p>11. Partes del (de los) Caso(s):          _____          _____  <small>Demandante</small>          v.          _____          _____  <small>Demandado(a)</small></p>	<p>12. Documento(s) que interesa:  <input type="checkbox"/> Sentencia  <input type="checkbox"/> Resolución  <input type="checkbox"/> Denuncia  <input type="checkbox"/> Otro _____          _____  <small>(Indique)</small></p>	<p>13. _____  <b>Firma del (de la) solicitante</b></p>

**PARA USO EXCLUSIVO DEL ARCHIVO**

<p>14. Documentos bajo custodia del:  <input type="checkbox"/> Archivo Activo  <input type="checkbox"/> Archivo Inactivo  <input type="checkbox"/> Archivo Central</p>	<p>15. Solicitud atendida por:          _____          _____</p>	<p>16. Fecha:          _____  <small>Día                  Mes                  Año</small></p>	
<p>17. Localización:          _____          _____</p>	<p>18. Microfilmado:  <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No          Rollo Núm. _____</p>	<p>19. OBSERVACIONES:          _____          _____</p>	
<p>20. <b>ARANCELES:</b>          _____  <small>Presentados                  Fijados                  Cancelados                  Devueltos</small></p>	<p>21. Solicitud terminada por:          _____</p>	<p>22. Solicitud archivada por:          _____</p>	<p>23. Fecha:          _____  <small>(día/mes/año)</small></p>
<p>24. Autorización del (de la) Supervisor(a):  <input type="checkbox"/> Autorizada    <input type="checkbox"/> Denegada</p>	<p>25. Nombre del (de la) Supervisor(a):          _____</p>	<p>26. Firma del (de la) Supervisor(a):          _____</p>	

**DEVOLUCIÓN**

27. Para poder tramitar su solicitud necesitamos que nos envíe lo siguiente:

<input type="checkbox"/> Nombre completo del (de la) demandante	<input type="checkbox"/> Tribunal donde se vio el caso
<input type="checkbox"/> Nombre completo del (de la) demandado(a)	<input type="checkbox"/> Número del caso
<input type="checkbox"/> Año	<input type="checkbox"/> Sellos de rentas internas por: \$ _____
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<small>(Ver desglose)</small>

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)