

DISTRETTO AZIENDALE UNICO

DETERMINA N. 1084

Oggetto: Struttura Sanitaria CASA DI CURA PRIVATA SANTA RITA DOTT. CAPARRA s.r.l. con sede in Cirò Marina. Liquidazione prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale branca di Radiologia: TAC e RMN mese di OTTOBRE 2021

In data 06.12.2021 nella sede del Distretto Aziendale Unico sito in Crotona, Via M. Nicoletta Centro Direzionale "Il Granaio";

Su conforme proposta del Responsabile del Procedimento designato nonché della espressa dichiarazione di regolarità e legittimità dell'atto resa dal Direttore DUA

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO SANITARIO UNICO AZIENDALE

PREMESSO

che con D.C.A. n. 50 del 19/03/2021 del Commissario Ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi dell'SSR calabrese, è stato definito il livello massimo di finanziamento per l'anno 2021 per le strutture erogatrici di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con oneri a carico del SSR;

che in data 13/04/2021 è stato stipulato il contratto che regola i rapporti giuridici ed economici tra questa ASP e la struttura sanitaria CASA DI CURA PRIVATA SANTA RITA DOTT. CAPARRA s.r.l. per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per la branca di Radiologia: TAC e RMN, che definisce, tra l'altro, il limite massimo di spesa di euro 69.599,00 di cui euro 36.497,00 per TAC ed euro 33.102,00 per RMN, nonché le modalità di controllo, verifica e liquidazione delle prestazioni erogate;

che, per come espressamente convenuto e stipulato all'art. 1 del citato contratto, l'erogatore accetta di erogare le prestazioni sanitarie per le quali è stato accreditato per conto del SSR, nei limiti delle risorse assegnate con D.C.A. n. 50 del 19/03/2021;

che la struttura è tenuta a garantire l'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto, modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno;

Dato atto che la Struttura ha trasmesso a questa Azienda Sanitaria le ricette relative alle prestazioni ambulatoriali rese nel mese indicato in oggetto il cui valore economico ammonta ad euro 2358,12

Considerato

che la Struttura sanitaria di cui trattasi, per le prestazioni erogate nel mese di OTTOBRE dell'anno 2021, ha trasmesso a questa ASP la fattura elettronica n. FATTPA 36_21 del 17 novembre 2021 di euro 2.358,12 riferita a prestazioni di RMN per euro 2.358,12 e a prestazioni di TAC per euro 0 e al netto delle quote di compartecipazione a carico del cittadino pari complessivamente ad euro 231,00;

che la fattura allegata alla presente determina, ne costituisce parte integrante;

Dato atto

che l'istruttoria amministrativo-contabile per la liquidazione della fattura di cui sopra è stata eseguita secondo i relativi provvedimenti regionali;
che la struttura ha documentato l'attività sanitaria erogata a mezzo del flusso informativo - FILE C - che costituisce il riferimento per la definizione dei rapporti economici in conformità alle disposizioni della vigente normativa;
che l'ASP ha effettuato i controlli informatici sul FILE C e i controlli sulle singole impegnative secondo le specifiche previste dalle disposizioni regionali;

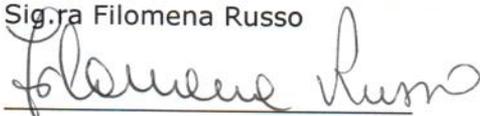
DETERMINA

Per quanto in premessa specificato e descritto, che qui si intende integralmente ripetuto e confermato:

1. Liquidare alla Struttura Sanitaria CASA DI CURA PRIVATA SANTA RITA DOTT. CAPARRA s.r.l. , per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale della branca di Radiologia: TAC e RMN relative al mese di OTTOBRE dell'anno 2021, la fattura n. FATTPA 36_21 del 17 novembre 2021 di euro 2.358,12 riferita a prestazioni di RMN per euro 2.358,12 e a prestazioni di TAC per euro 0 al netto delle quote di compartecipazione a carico del cittadino, già trattenute ed incassate dalla struttura, per complessivi euro 231,00.
2. Disporre che il competente Ufficio Ragioneria provveda all'emissione del relativo mandato di pagamento.
3. Trasmettere copia della presente determina alla Segreteria Generale dell'Azienda per la relativa pubblicazione.

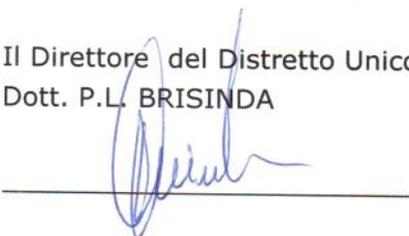
Il Responsabile del Procedimento

Sig.ra Filomena Russo



Il Direttore del Distretto Unico Aziendale

Dott. P.L. BRISINDA



CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge all'Albo pretorio dell'Azienda in data 07 DIC. 2021 con protocollo n. 03741

Il Responsabile del procedimento

Il Direttore U.O.C.
Affari Generali e Legali
Dr.ssa Anna Giordano





SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

88900 CROTONE - "Centro Direzionale il Granaio"
Tel. 0962-924111 P.IVA 01997410798

COPIA FORNITORE

ORDINE DI FORNITURA SERVIZI / LAVORI		DATA
2021/334 (DLR)		15/11/2021
FORNITORE	FAX	TELEFONO
10005298		
CONTO DI ACQUISTO		
50213110	Prestazioni specialistiche di diagnostiche esterne	
BUDGET		
P: SPEC33		
CONTRATTO		
DELIBERA		
PROGETTO		
SPEC33 - S.RITA (TAC) E (RMN)		
CIG / CUP		
MOTIVONC19		
SERVIZIO		
CC2A53 - ATTIVITÀ DI DIAGNOSTICA STRUMENTAL		

SPETT.LE	CASA DI CURA PRIVATA "SANTA RITA" S.R.L. (S)
VIA ROMA	
88811 CIRO' MARINA	
E-mail:	
ORDINATORE	29 SPECIALISTICA TER.EXTER.RES. ACCREDITATA
	KR
Fax:	

DESCRIZIONE FORNITURA
ottobre 2021

NOTE

PR. RATA	COMPETENZA		SERVIZIO	IMPORTI			CIG / CUP
	DAL	AL		IMPONIBILE	IVA	TOTALE	
1	01/10/2021	31/10/2021	45254013 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PER IMMAGINE CDC: CC2A53 - ATTIVITÀ DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE E P (CC2A53)	2.358,12		2.358,12	MOTIVONC19
IMPONIBILE 2.358,12				IVA 0,00	IMPORTO FORNITURA 2.358,12		

FATTURA ELETTRONICA

Versione

Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **IT01879020517**
Progressivo di invio: **36**
Formato Trasmissione: **FPA12**
Codice Amministrazione destinataria: **5S1QSV**

Dati del cedente / prestatore

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT01496520790**
Codice fiscale: **01496520790**
Denominazione: **Casa di Cura Privata Santa Rita Dott. Caparra s.r.l.**
Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

Dati della sede

Indirizzo: **Via Roma, 227**
Numero civico: **227**
CAP: **88811**
Comune: **Cirò Marina**
Provincia: **KR**
Nazione: **IT**

Dati di iscrizione nel registro delle imprese

Provincia Ufficio Registro Imprese: **KR**
Numero di iscrizione: **KR-117206**
Capitale sociale: **39000.00**
Numero soci: **SM** (più soci)
Stato di liquidazione: **LN** (non in liquidazione)

Recapiti

Telefono: **096231078**
Fax: **096231110**
E-mail: **santarita@casadicurasantarita.191.it**

Dati del cessionario / committente

Dati anagrafici

Codice Fiscale: **01997410798**
Denominazione: **Azienda Sanitaria Provinciale Crotone - Ufficio Assistenza Specialistica Ambulat**

Dati della sede

Indirizzo: **Via M. Nicoletta c/o**
CAP: **88900**
Comune: **Crotone**
Provincia: **KR**
Nazione: **IT**

Versione prodotta con foglio di stile SdI www.fatturapa.gov.it

Versione

Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)
Valuta importi: **EUR**
Data documento: **2021-11-17** (17 Novembre 2021)
Numero documento: **FATTPA 36_21**
Importo totale documento: **2358.12**

Bollo

Bollo virtuale: **SI**
Importo bollo: **2.00**

Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

Nr. linea: 1

Descrizione bene/servizio: **Prestazioni Specialistica Ambulatoriale RMN mese di ottobre 2021.**
Quantità: **1.00**
Unità di misura: **Tot.**
Valore unitario: **2589.12**
Valore totale: **2589.12**
IVA (%): **0.00**
Natura operazione: **N4** (esenti)

Nr. linea: 2

Descrizione bene/servizio: **Ticket**
Quantità: **1.00**
Unità di misura: **NR**
Valore unitario: **-225.00**
Valore totale: **-225.00**
IVA (%): **0.00**
Natura operazione: **N4** (esenti)

Nr. linea: 3

Descrizione bene/servizio: **Quota Ricette**
Quantità: **1.00**
Unità di misura: **NR**
Valore unitario: **-6.00**
Valore totale: **-6.00**
IVA (%): **0.00**
Natura operazione: **N4** (esenti)

Nr. linea: 4

Descrizione bene/servizio: **Totale Nr. Ricette**
Quantità: **17.00**
Unità di misura: **NR**
Valore unitario: **0.00**
Valore totale: **0.00**

IVA (%): **0.00**
Natura operazione: **N4** (esenti)

Nr. linea: 5

Descrizione bene/servizio: **Totale Nr. Prestazioni**
Quantità: **21.00**
Unità di misura: **NR**
Valore unitario: **0.00**
Valore totale: **0.00**
IVA (%): **0.00**
Natura operazione: **N4** (esenti)

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **0.00**
Natura operazioni: **N4** (esenti)
Totale imponibile/importo: **2358.12**
Totale imposta: **0.00**
Riferimento normativo: **Esente Art. 10 DPR 633/72**

Dati relativi al pagamento

Condizioni di pagamento: **TP02** (pagamento completo)

Dettaglio pagamento

Modalità: **MP05** (bonifico)
Data scadenza pagamento: **2022-01-17** (17 Gennaio 2022)
Importo: **2358.12**
Istituto finanziario: **Banco di Napoli**
Codice IBAN: **IT09G0101042530000027000807**
Codice BIC: **IBSPITNA**

Versione prodotta con foglio di stile Sdi www.fatturapa.gov.it