

DISTRETTO AZIENDALE UNICO

DETERMINA N. 1679

Oggetto: Struttura Sanitaria ISTITUTO STOMATOLOGICO MERIDIONALE s.r.l. con sede in Torre Melissa. Liquidazione prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale branca di Odontoiatria 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 31/03/2021 è stato stipulato il contratto che regola i rapporti giuridici ed economici tra questa ASP e la struttura sanitaria ISTITUTO STOMATOLOGICO MERIDIONALE s.r.l. per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per la branca di Odontoiatria, che definisce, tra l'altro, il limite massimo di spesa di euro 71.221,00 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 4794,18

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. 14 del 24 novembre 2021 di euro 4.794,18 e al netto delle quote di compartecipazione a carico del cittadino pari complessivamente ad euro 153,00;

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;

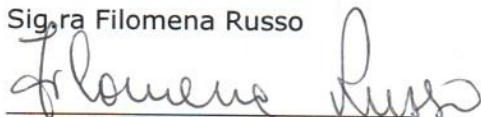
#### DETERMINA

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

1. Liquidare alla Struttura Sanitaria ISTITUTO STOMATOLOGICO MERIDIONALE s.r.l., per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale della branca di Odontoiatria relative al mese di OTTOBRE dell'anno 2021, la fattura n. 14 del 24 novembre 2021 di euro 4.794,18 al netto delle quote di compartecipazione a carico del cittadino, già trattenute ed incassate dalla struttura, per complessivi euro 153,00.
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. 03736

Il Responsabile del procedimento

---

Il Direttore <sup>FF</sup> 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       |
| <b>2021/273 (DLR)</b>                |  | 05/11/2021 |
| FORNITORE                            | FAX  | TELEFONO   |
| 10005477                             |  |            |
| CONTO DI ACQUISTO                    |  |            |
| 50213080                             | Servizi sanitari per assistenza specialistica da altro p |            |
| BUDGET                               |  |            |
| P: SPEC16                            |  |            |
| CONTRATTO                            |  |            |
| DELIBERA                             |  |            |
| PROGETTO                             |  |            |
| SPEC16 - IST. STOMOLOG.              |  |            |
| CIG / CUP                            |  |            |
| MOTIVONC19                           |  |            |
| SERVIZIO                             |  |            |
| CC2A51 - ATTIVITÀ CLINICA            |  |            |

|               |   |
|---------------|---|
| SPETT.LE      | ISTITUTO STOMATOLOGICO MERIDIONALE S.R.L.   |
| TORRE MELISSA |   |
| 88817 MELISSA |   |
| 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 | 45254015 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE<br>CDC: CC2A51 - ATTIVITÀ CLINICA (CC2A51) | 4.794,18   |                            | 4.794,18 | MOTIVONC19 |
| IMPONIBILE 4.794,18 |            |            |  | IVA 0,00   | IMPORTO FORNITURA 4.794,18 |          |            |

# FATTURA ELETTRONICA

Versione

## Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **ITFZZRLA42H45A3140**  
Progressivo di invio: **55**  
Formato Trasmissione: **FPA12**  
Codice Amministrazione destinataria: **5S1QSV**

## Dati del cedente / prestatore

### Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT00380800797**  
Codice fiscale: **00380800797**  
Denominazione: **ISTITUTO STOMATOLOGICO MERIDIONALE S.R.L**  
Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

### Dati della sede

Indirizzo: **VIA PROVINCIALE**  
CAP: **88814**  
Comune: **MELISSA**  
Provincia: **KR**  
Nazione: **IT**

## Dati del cessionario / committente

### Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT01997410798**  
Denominazione: **AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE**

### Dati della sede

Indirizzo: **VIA MARIO NICOLETTA**  
CAP: **88900**  
Comune: **CROTONE**  
Provincia: **KR**  
Nazione: **IT**

Versione prodotta con foglio di stile SdI [www.fatturapa.gov.it](http://www.fatturapa.gov.it)

Versione

## Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)

Valuta importi: **EUR**  
Data documento: **2021-11-24** (24 Novembre 2021)  
Numero documento: **14**  
Importo totale documento: **4794.18**

## Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

### *Nr. linea: 1*

Descrizione bene/servizio: **BRANCA ODONTOATRIA .-RICETTE 54 - PRESTAZIONI 164- TICKET 0 - TOTALE NETTO 4.794,18**  
Quantità: **1.00**  
Valore unitario: **4794.18**  
Valore totale: **4794.18**  
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: **4794.18**  
Totale imposta: **0.00**

## Dati relativi al pagamento

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

### *Dettaglio pagamento*

Beneficiario del pagamento: **ISTITUTO STOMATOLOGICO MERIDIONALE**  
Modalità: **MP05** (bonifico)  
Decorrenza termini di pagamento: **2021-11-24** (24 Novembre 2021)  
Importo: **4794.18**  
Codice IBAN: **IT56U030694252100000006771**