

DISTRETTO UNICO AZIENDALE

DETERMINA N. 197

Oggetto: Struttura Sanitaria Casa Protetta per Anziani Savelli Hospital s.r.l. con sede in Savelli. Liquidazione prestazioni di assistenza riabilitativa territoriale residenziale sanitaria e sociosanitaria mese di APRILE anno 2020 - Quota a carico Fondo Sociale Regionale.

In data 19.05.2020 nella sede del Distretto Unico Aziendale sito in Crotone, via M. Nicoletta Centro Direzionale "Il Granaio";
Su conforme proposta del dirigente Responsabile del Procedimento nonché della espressa dichiarazione di regolarità e legittimità dell'atto resa dal medesimo dirigente;

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO SANITARIO UNICO AZIENDALE

PREMESSO

che con provvedimento protocollo n. 17943 del 30/04/2020 a firma congiunta del Commissario Straordinario Dr. Gilberto Gentili, del Direttore Sanitario Dr. Massimo D'Angelo e del Direttore Amministrativo Avv. Francesco Masciari, è stata revocata la nota n. 14069 del 12 marzo 2019 che assegnava le competenze relative alle prestazioni di Assistenza Territoriale Riabilitativa Socio Sanitaria e Residenziale e di Riabilitazione Estensiva alla UOC Controllo di Gestione e Sistema Informativo, riassegnando le stesse al coordinamento del DISTRETTO UNICO AZIENDALE al fine di assicurare una più efficace e funzionale organizzazione;

che, con D.C.A. n. 04 del 07 gennaio 2020 è stato definito il livello massimo di finanziamento per l'anno 2020 per le strutture erogatrici di prestazioni di assistenza riabilitativa territoriale residenziale sanitaria e sociosanitaria con oneri a carico del SSR;

che in data 21/01/2020 è stato stipulato il contratto che regola i rapporti giuridici ed economici tra questa ASP e la Struttura Sanitaria Casa Protetta per Anziani Savelli Hospital s.r.l., con sede in Savelli, per l'acquisto di prestazioni di assistenza riabilitativa territoriale residenziale sanitaria e sociosanitaria, per l'anno 2020, che definisce, tra l'altro, 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, nei limiti delle risorse finanziarie trasferite a questa ASP quale quota a carico del fondo sociale regionale di cui all'articolo 5 della legge regionale n. 11/2015 e in relazione alle tariffe per tipologia di struttura determinate con DCA n.118 del 14/09/2017;

Considerato

che la Struttura sanitaria di cui trattasi, per le prestazioni erogate nel mese di APRILE dell'anno 2020, ha trasmesso a questa ASP la fattura elettronica n. 11 del 06 maggio 2020 di € 29.952,47 quale quota a carico del Fondo Sociale Regionale;

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 per come indicato all'art. 8 del contratto;

che la struttura ha documentato, con specifico allegato alla fattura di cui sopra, le prestazioni di assistenza riabilitativa territoriale residenziale sanitaria e sociosanitaria con oneri a carico del Fondo sociale regionale;

che il competente ufficio dell'ASP ha effettuato i controlli amministrativo-contabili sulle prestazioni di assistenza di riabilitazione territoriale residenziale sanitaria e sociosanitaria di cui trattasi;

Vista

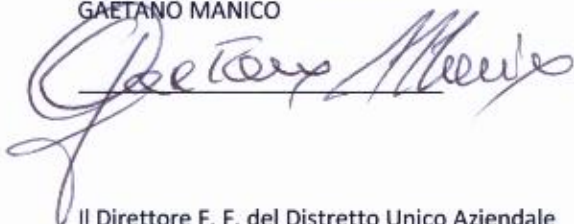
la nota del Dipartimento Tutela della Salute protocollo n. 344791 del 18/11/2015 che ha definito le modalità di pagamento della quota sociale alle strutture sopra indicate e ha stabilito che il pagamento dovrà avvenire dopo opportuno trasferimento economico da parte del Dipartimento Tutela della Salute alle ASP competenti.

DETERMINA

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

1. Liquidare alla Struttura Sanitaria Casa Protetta per Anziani Savelli Hospital s.r.l., con sede in Savelli, per prestazioni di assistenza riabilitativa territoriale residenziale sanitaria e sociosanitaria, con oneri a carico del Fondo Sociale Regionale, la fattura n. 11 del 06 maggio 2020 di € 29.952,47 relativa al mese di APRILE dell'anno 2020.
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.

Responsabile del Procedimento
Coll. Amministrativo Professionale
GAETANO MANICO



Il Direttore F. F. del Distretto Unico Aziendale
Dott.ssa MARIA POMPEA BERNARDI

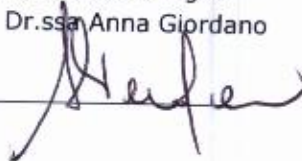


CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge all'Albo pretorio dell'Azienda in data 19 MAG 2020 con protocollo n. 0826

Il Responsabile del procedimento

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



FATTURA ELETTRONICA

Versione FPA12

Dati relativi alla trasmissione

- Identificativo del trasmittente: **IT10209790152**
- Progressivo di invio: **658**
- Formato Trasmissione: **FPA12**
- Codice Amministrazione destinataria: **HL48K0**

Dati del cedente / prestatore

Dati anagrafici

- Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT02525640799**
- Codice fiscale: **02525640799**
- Denominazione: **SAVELLI HOSPITAL S.R.L.**
- Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

Dati della sede

- Indirizzo: **VIA ROMA**
- Numero civico: **SNC**
- CAP: **88825**
- Comune: **Savelli**
- Provincia: **KR**
- Nazione: **IT**

Dati di iscrizione nel registro delle imprese

- Provincia Ufficio Registro Imprese: **KR**
- Numero di iscrizione: **161467**
- Capitale sociale: **20000.00**
- Numero soci: **SM** (più soci)
- Stato di liquidazione: **LN** (non in liquidazione)

Dati del cessionario / committente

Dati anagrafici

- Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT01997410798**
- Codice Fiscale: **01997410798**
- Denominazione: **A.S.P. DI CROTONE UFFICIO QUOTA SOCIALE**

Dati della sede

- Indirizzo: **VIA MARIO NICOLETTA C/O CENTRO DIREZ. IL GRA**

- Numero civico: **SNC**
- CAP: **88900**
- Comune: **Crotone**
- Provincia: **KR**
- Nazione: **IT**

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

Versione FPA12

Dati generali del documento

- Tipologia documento: **TD01** (fattura)
- Valuta importi: **EUR**
- Data documento: **2020-05-06** (06 Maggio 2020)
- Numero documento: **11**
- Importo totale documento: **29952.47**

Bollo

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

Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

Nr. linea: 1

- Descrizione bene/servizio: **RICOVERO ANZIANI CASA PROTETTA R3 NON AUTOSUFFICIENTI**
- Quantità: **750.00**
- Unità di misura: **gg**
- Valore unitario: **121.42**
- **Sconto/Maggiorazione**
 - Tipo: **SC** (sconto)
 - Percentuale (%): **50.00**
- Valore totale: **45532.50**
- IVA (%): **0.00**
- Natura operazione: **N4** (esente)

Nr. linea: 2

- Descrizione bene/servizio: **QUOTA A CARICO UTENTE**
- Valore unitario: **-15580.03**

- Valore totale: **-15580.03**
- IVA (%): **0.00**
- Natura operazione: **N4** (esente)

Nr. linea: 3

- Descrizione bene/servizio: **CODICE CPA 11 - FONDO SOCIALE APRILE 2020**
- Valore unitario: **0.00**
- Valore totale: **0.00**
- IVA (%): **0.00**
- Natura operazione: **N4** (esente)

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

- Aliquota IVA (%): **0.00**
- Natura operazioni: **N4** (esenti)
- Totale imponibile/importo: **29952.47**
- Totale imposta: **0.00**
- Riferimento normativo: **Art. 10 c.1 n.18 DPR 633/72**

Dati relativi al pagamento

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

Dettaglio pagamento

- Modalità: **MP05** (bonifico)
- Data scadenza pagamento: **2020-07-31** (31 Luglio 2020)
- Importo: **29952.47**
- Istituto finanziario: **Banca Ifis S.P.A.**
- Codice IBAN: **IT18N0320515200000002220242**
- Codice ABI: **03205**
- Codice CAB: **15200**

Dati relativi agli allegati

- Nome dell'allegato: **CPA_PROSP_APR_20.pdf**
- Formato: **PDF**
- Descrizione: **CPA_PROSP_APR_20.pdf**