

DISTRETTO UNICO AZIENDALE

DETERMINA N. 533

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 NOVEMBRE anno 2021 - Quota a carico Fondo Sociale Regionale.

In data 30/03/2022 nella sede del Distretto Unico Aziendale sito in Crotona, via M. Nicoletta Centro Direzionale "Il Granaio";

Su conforme proposta del Responsabile del Procedimento nonché della espressa dichiarazione di regolarità e legittimità dell'atto resa dal medesimo Responsabile;

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO SANITARIO UNICO AZIENDALE

Premesso che,

che con provvedimento protocollo n. 0029345 del 07/07/2021 a firma del Commissario Straordinario Dr. Domenico Sperli, è stata revocata la nota n. 0006778 del 15 Febbraio 2021 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 in data 22/03/2021 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 2021, 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 NOVEMBRE dell'anno 2021, ha trasmesso a questa ASP la fattura elettronica n. 28 del 09 dicembre 2021 di € 29.077,32, e la fattura n. 30 del 17 Dicembre 2021 di € 6.781,87 emessa dalla struttura per rimborso quota I.A. Pz. quale quota a carico del Fondo Sociale Regionale;

che le fatture allegate alla presente determina, ne costituiscono 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. 9 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. 28 del 09 dicembre 2021 di € 29.077,32 e la fattura n. 30 del 17 Dicembre 2021 di € 6.781,87 relative al mese di NOVEMBRE dell'anno 2021 per un totale da liquidare di € 35.859.19.
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
Collaboratore Amministrativo
Sig. Salvatore Catroppa

_____ 

Il Direttore del Distretto Unico Aziendale
Dr. Pietro Luigi Brisinda

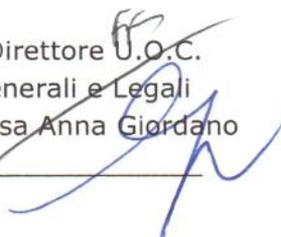
_____ 

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge all'Albo pretorio dell'Azienda in data 01 APR. 2022 con protocollo n. 1051

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: **1595**
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 Sdl www.fatturapa.gov.it

Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)
Valuta importi: **EUR**
Data documento: **2021-12-17** (17 Dicembre 2021)
Numero documento: **30**
Importo totale documento: **6781.87**

Bollo

Bollo virtuale: **SI**

Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

Nr. linea: 1

Descrizione bene/servizio: **RECUPERO RETTE 2021 PAZIENTE SCHIAFONE BRUNO, COME DA VS ORDINE**
Quantità: **1.00**
Unità di misura: **gg**
Valore unitario: **6781.87**
Valore totale: **6781.87**
IVA (%): **0.00**
Natura operazione: **N4** (esenti)

Nr. linea: 2

Descrizione bene/servizio: **ORDINE NUMERO 363 DEL 19 NOVEMBRE 2021**
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: **6781.87**
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

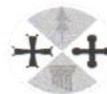
Modalità: **MP05** (bonifico)
Data scadenza pagamento: **2022-02-28** (28 Febbraio 2022)
Importo: **6781.87**
Istituto finanziario: **Banca Ifis S.P.A.**
Codice IBAN: **IT18N032051520000002220242**
Codice ABI: **03205**
Codice CAB: **15200**



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
2021/429 (RZZ)		06/12/2021
FORNITORE	FAX	TELEFONO
10005283		
CONTO DI ACQUISTO		
50211121	SERVIZI SOCIO SANITARIE DA PRIVATO (QUOTA)	
BUDGET		
P: R3 SAVELLI HOSP		
CONTRATTO		
DELIBERA		
PROGETTO		
R3 SAVELLI HOSP - CP SAVELLI HOSP.		
CIG / CUP		
MOTIVONC19		
SERVIZIO		
CC2A73 - RESIDENZIALE		

SPETTILE	SAVELLI HOSPITAL S.R.L.
VIA ROMA	
88825 SAVELLI	
E-mail:	
ORDINATORE	32 SERVIZI SOCIO SAN.QUOTA SOCIALE
	Via Mario Nicoletta c/o C/D "IL GRANAIO"
88900	
Fax:	
	KR
	KR

DESCRIZIONE FORNITURA
GG degenza Novembre 2021--Fondo sociale

NOTE

PR. RATA	COMPETENZA		SERVIZIO	IMPORTI			CIG / CUP
	DAL	AL		IMPONIBILE	IVA	TOTALE	
1	01/11/2021	30/11/2021	45254024 PRESTAZIONI Assistenza geriatrica RSA - CDC: CC2A73 - RESIDENZIALE (CC2A73)	29.077,32		29.077,32	MOTIVONC19
IMPONIBILE 29.077,32				IVA 0,00	IMPORTO FORNITURA 29.077,32		

COPIA FORNITORE

ORDINE DI FORNITURA SERVIZI / LAVORI		DATA
2021/363 (RZZ)		19/11/2021
FORNITORE	FAX	TELEFONO
10005283		
CONTO DI ACQUISTO		
50211121	SERVIZI SOCIO SANITARIE DA PRIVATO (QUOTA	
BUDGET		
P: R3 SAVELLI HOSP		
CONTRATTO		
DELIBERA		
PROGETTO		
R3 SAVELLI HOSP - CP SAVELLI HOSP.		
CIG / CUP		
MOTIVONC19		
SERVIZIO		
CC2A73 - RESIDENZIALE		

SPETT.LE	SAVELLI HOSPITAL S.R.L.
VIA ROMA	
88825 SAVELLI	
E-mail:	
ORDINATORE	
32	SERVIZI SOCIO SAN.QUOTA SOCIALE
	Via Mario Nicoletta c/o C/D "IL GRANAIO"
88900	
Fax:	
	KR
	KR

DESCRIZIONE FORNITURA
Rimborso pe rvariazione reddito Pz. S. B.

NOTE

PR. RATA	COMPETENZA		SERVIZIO	IMPORTI			CIG / CUP
	DAL	AL		IMPONIBILE	IVA	TOTALE	
1	01/01/2021	31/10/2021	45254023 PRESTAZIONI (QUOTA SOCIALE) CDC: CC2A73 - RESIDENZIALE (CC2A73)	6.781,87		6.781,87	MOTIVONC19

IMPONIBILE	6.781,87	IVA	0,00	IMPORTO FORNITURA	6.781,87
------------	----------	-----	------	-------------------	----------

Distinta di Autorizzazione

Distinta n. 2022 / 306 del 24/03/2022

Inviata da: LRSM62A26D122K

Mag. emittente:

Fatture ricevute: dal 13/12/2021 al 20/12/2021

Fornitore	Documento	Numero	Data	Protocollo	Data	Importo	Importo fornitura	Residuo	Autorizzato
10005283 - SAVELLI HOSPITAL S.R.L. Anno/Conto: 2021/50211121 (E) CIG o CUP: MOTIVONC19	Ric.Fattura	28	09/12/2021	18606	13/12/2021	29.077,32	29.077,32	29.077,32	29.077,32
10005283 - SAVELLI HOSPITAL S.R.L. Anno/Conto: 2021/50211121 (E) CIG o CUP: MOTIVONC19	Ric.Fattura	30	17/12/2021	18896	20/12/2021	6.781,87	6.781,87	6.781,87	6.781,87

Totale fornitore 35.859,19

Totale distinta 35.859,19