

K

KYMA
MOBILITÀ

T 0940/23

ESERCIZIO 20 23

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 2540

INPS SEDE DI GIOIA DEL COLLE

" VISITE MEDICHE "

KYMA MOBILITÀ

KYMA MOBILITÀ S.p.A.

Sede legale ed amministrativa: 74121 TARANTO - Via C. Battisti, 657

Telefono 09973561 (5 linee urbane) - Fax 0997794247

Codice fiscale, Partita IVA e n° di iscrizione al Registro delle Imprese di Taranto 00146330733

Capitale Sociale sottoscritto: € 5.497.272,00 - Capitale Sociale versato: € 8.381.881,75

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

GESTIONE	ESERCIZIO	N. ORDINATIVO	DATA	COD.CASSA	COD.CASSA	IMPORTO ORDINATIVO
	2023	2.549	16/11/2023			69,17

IL CASSIERE
PAGHERA' LA SOMMA DEL PRESENTE ORDINATIVO
DI PAGAMENTO A FAVORE DI:

I.N.P.S. SEDE DI GIOIA DEL COLLE

VIA CIRO IL GRANDE 21

00144 ROMA (RM)

Partita IVA: 02121151001 C.F. 80078750587

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: sessantanove e 17 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n. 456-099300-2023-FT del 20/10/2023

PAGAMENTO FATTURE N.

456-099300-2023-FT

IMPORTO LORDO	69,17
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	69,17

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
		69,17	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

CONTRA BUENAS

CODICE FISCALE		0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3												barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare	
DATI ANAGRAFICI		cognome, denominazione o ragione sociale KYMA MOBILITA' SPA TARANTO												nome	
		data di nascita giorno mese anno				sesso (M o F)		comune (o Stato estero) di nascita				prov.			
DOMICILIO FISCALE		comune TARANTO				prov. T A		via e numero civico VIA C. BATTISTI, 657							
CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare														codice identificativo	

SECON ERARIO

		codice tributo	requisizione/regione/ prov./mess. rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
IMPOSTE DIRETTE - IVA RITENUTE ALLA FONTE ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
codice ufficio	codice atto					
TOTALE				A	B	SALDO (A-B)

SEZIONE INPS

codice cedis	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ titolo azienda	periodo di riferimento da mm/aaaa a mm/aaaa		Importi a debito versati	Importi a credito compensati
1600	VMCF	16004496230126967	00/0000	00/0000	79 8,1	0 0 0
1600	VMCF	16000576230106474	00/0000	00/0000	68 8,2	0 0 0
7890	VMCF	78900576230037391	00/0000	00/0000	66 7,9	0 0 0
0993	VMCF	09939253230046665	00/0000	00/0000	69 1,7	0 0 0
TOTALE					284 5,9 D	0 0 0
						SALDO (C-D)
						284 5,9

SEZIONE REGIONI

cognome regione	codice tributo	ratenazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
			TOTALE	E	F
SALDO (E-F)					

SEZIONE IAU E AMBITO LOCALI

[illegible]

SEZIONE ATRIENTI PREVIDENZIALE ASSICURATIVI

	codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati
TOTALE							

SALDO (I-L)

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento:		importi a debito versati		importi a credito compensati		SALDO (M-N)
				da mm/aaaa	a mm/aaaa					
TOTALE						M		N		

FIRMA

2024.12.31 EURO + 284,51

ESTREM DEL VERSAMENTO

Pagamento presentato alla banca il		CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	
Conto: 1 01030 15801		CAB/SPORTELLO	
Delega Da spedire			

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 10701535376 Data SDI: 22/10/2023 05:36

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE - INPS, Sede di GIOIA DEL COLLE Via Ciro il Grande, 21 00144 - Roma - RM - IT P.IVA: IT02121151001 Cod. Fiscale: 80078750587 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TARANTO SPA VIA CESARE BATTISTI 657 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	456-099300-2023-FT ✓	2023-10-20	EUR 69,17 ✓
Art. 73 DPR 633/72: SI			
Causale			
Rimborso per visite mediche di controllo effettuate su vostra richiesta. Versare entro 10 gg con mod F24, indicando: Codice SEDE=993, Causale=VMCF, Codice INPS=09939253230046665, Importo=69.17			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura				
Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
VMC - RIF. INPS.0993.25/08/2023.0033287 - VISITA A CPPF* DEL 25/08/2023 VISITA DOMICILIARE Num.32830108 2023-08-25		✓ 69,17	69,17	(N2.2)

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N2.2 (Non soggette - altri casi) Fuori campo IVA ex art. 4 del DPR 633/1972	0 %	69,17	0,00

Dati Trasmittente: IT80078750587 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.10.1

RIC N.IVA 278
DATA DI REGISTR. 24 OTT. 2023

FATTURAELETTRONICA

Id SDI:10701535376 Data SDI: 22/10/2023 05:36

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE - INPS, Sede di GIOIA DEL COLLE Via Ciro Il Grande, 21 00144 - Roma - RM - IT P.IVA: IT02121151001 Cod. Fiscale: 80078750587 Regime fiscale: RF01. (Regime ordinario)	AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TARANTO SPA VIA CESARE BATTISTI 657 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura

Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	456-099300-2023-FT	2023-10-20	EUR 69,17

Art. 73 DPR 633/72: Si

Causale

Rimborso per visite mediche di controllo effettuate su vostra richiesta. Versare entro 10 gg con mod F24, indicando: Codice SEDE=993,
Causale=VMCF, Codice INPS=09939253230046665, Importo=69,17

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura

Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
VMC - RIF. INPS.0993.25/08/2023.0033287 - VISITA A CPPF* DEL 25/08/2023 VISITA DOMICILIARE Num.32830108 2023-08-25		69,17	69,17	(N2.2)

Dati Riepilogo

Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N2.2 (Non soggette - altri casi) Fuori campo IVA ex art. 4 del DPR 633/1972	0 %	69,17	0,00

Dati Trasmittente: IT80078750587 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.10.1

RIC. 278
DATA DI REGIST. 24 OTT. 2023

KYMA

MOBILITÀ

VISTI

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto	
Contr. Rep. n. _____ del _____	
Conv. n. _____ del _____	
Determ. A.D. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. <u>15-2485</u> del _____	
Data scadenza pagamento <u>30-10-23</u>	
DATA <u>2-11-23</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO _____
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA <u>02 NOV. 2023</u>	FIRMA _____

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA <u>24 OTT. 2023</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE <u>16.11.23</u>
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA	FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA

UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico	
Conferimento del..... Prot.....	
IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.	
DATA	FIRMA

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA <u>31/10/2023</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[Firma]</u>
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA <u>31/10/2023</u>	FIRMA <u>[Firma]</u>

UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali	
Contr. Rep. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

