

K

1892
✓

KYMA
MOBILITÀ

ESERCIZIO 20 24

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 804

IMRS MANDURIA

VIGES FISCALI

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

Capita 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
	2024	804	11/04/2024			67,13

IL CASSIERE

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

I.N.P.S.-Direzione Subprov.le Manduria

VIA ANTONIO BRUNO, 124

74024 MANDURIA (TA)

Partita IVA: 02121151001 C.F. 80078750587

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: sessantasette e 13 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n. 25-789000-2024-FT del 01/03/2024

PAGAMENTO FATTURE N.
25-789000-2024-FT

IMPORTO LORDO	67,13
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	67,13

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	67,13	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA			
	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE											
CODICE FISCALE		0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3						☐ Banca in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare			
DATI ANAGRAFICI											
KYMA MOBILITA' SPA TARANTO denominazione o ragione sociale								nome			
data di nascita giorno mese anno		Sesso (M o F)		comune (o Stato estero) di nascita				prov.			
comune		prov.		via e numero civico							
DOMICILIO FISCALE		TARANTO						T A			
CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare								codice identificativo			
SEZIONE ERARIO											
IMPOSTE DIRETTE - IVA		codice tributo		rateazione/ regione/ prov./ mese rit.		anno di riferimento		importi a debito versati		importi a credito compensati	
RITENUTE ALLA FONTE											
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI											
codice ufficio codice atto										SALDO (A-B)	
										TOTALE A B	
SEZIONE INPS											
codice sede	causale contributo	matricola INPS/ codice INPS/ filiale azienda		periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa		importi a debito versati		importi a credito compensati			
7890	VMCF	78908885240005206		00/0000 00/0000		67 1 3		0 0 0			
7800	VMCF	78004496230154461		00/0000 00/0000		62 3 7		0 0 0			
7800	VMCF	78004496240018609		00/0000 00/0000		52 2 3		0 0 0			
										SALDO (C-D)	
						181 7 3		0 0 0		181 7 3	
										TOTALE C D	
SEZIONE REGIONI											
codice regione		codice tributo		rateazione/ mese rit.		anno di riferimento		importi a debito versati		importi a credito compensati	
										SALDO (E-F)	
										TOTALE E F	
SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI											
codice ente/ codice comune		codice tributo		rateazione/ mese rit.		anno di riferimento		importi a debito versati		importi a credito compensati	
										SALDO (G-H)	
										TOTALE G H	
SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI											
codice sede		codice atto		c.c.		numero di riferimento		causale		importi a debito versati	
										importi a credito compensati	
										SALDO (I-L)	
										TOTALE I L	
codice ente		codice sede		causale contributo		codice posizione		periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa		importi a debito versati	
										importi a credito compensati	
										SALDO (M-N)	
										TOTALE M N	
FIRMA										SALDO FINALE	
										EURO + 181 7 3	
ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)											
DATA				CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE				Pagamento presentato alla banca il Conto: I 01030 15801 000001484939 Delega Da spedire			
giorno	mese	anno		AZIENDA		CAR/SPORTELLI					
3	0	0	4	2	0	2	4	01030	15801		
PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA											

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 11611349352 Data SDI: 02/03/2024 03:43

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE - INPS, Sede di MANDURIA 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	25-789000-2024-FT	2024-03-01	EUR 67,13
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=7890, Causale=VMCF, Codice INPS=78908885240005206, Importo=67.13			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura				
Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
VMC - RIF. INPS.7890.17/01/2024.0002832 - VISITA A MRND* DEL 18/01/2024 VISITA DOMICILIARE Num.33489902 2024-01-18		67,13	67,13	(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 %	67,13	0,00

Dati Trasmittente: IT80078750587 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 87
DATA DI REGISTRAZIONE 6 MAR 2024	

Dati Trasmittente: IT05006900962 - Progressivo Invio: 127313

FATTURA ELETTRONICA

Versione Style 2.10.1

Id SDI: 11611349352 Data SDI: 02/03/2024 03:43

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE - INPS, Sede di MANDURIA 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	25-789000-2024-FT	2024-03-01	EUR 67,13
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=7890, Causale=VMCF, Codice INPS=78908885240005206, Importo=67.13			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura				
Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
VMC - RIF. INPS.7890.17/01/2024.0002832 - VISITA A MRND* DEL 18/01/2024 VISITA DOMICILIARE Num.33489902 2024-01-18		67,13	67,13	(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 %	67,13	0,00

Dati Trasmittente: IT80078750587 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 87
DATA DI REGISTRAZIONE 05 MAR 2024	

KYMA

MOBILITÀ

VISTO

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>12.24</u> <u>SR</u> del _____	
Data scadenza pagamento <u>10-3-24</u>	
DATA <u>15/3/24</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO _____
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA <u>20 MAR. 2024</u>	FIRMA _____

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA <u>06 MAR. 2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE _____
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>14/3/2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE _____
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA <u>19/3/2024</u>	FIRMA _____

UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali	
Contr. Rep. n. _____ del _____	
Delib. C.A. 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:

