

T836/24

K

KYMA MOBILITÀ

ESERCIZIO 20 24

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 8329 - 8331

F24 INPS - rate fisco

KYMA

MOBILITÀ

KYMA MOBILITA' 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	2.331	05/11/2024			67,34

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 34 / 100	
PAGAMENTO:	Bonifico	
	A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA	IBAN:
CAUSALE DEL PAGAMENTO		
Doc. n. 343-789000-2024-FT del 18/10/2024		
PAGAMENTO FATTURE N. 343-789000-2024-FT		
	IMPORTO LORDO	67,34
	TOTALE RITENUTE	0,00
	IMPORTO	67,34

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	67,34	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA			
	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

KYMA MOBILITÀ Spa

Via Cesare Battisti, 657
74121 Taranto TA

P.I.00146330733 Cod.Fisc. 00146330733

Spett.

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIEN

VIA MAGNA GRECIA, 76/78

74100 TARANTO

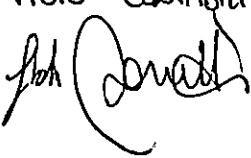
Distinta n. T0836/24 Taranto, Il 05/11/2024

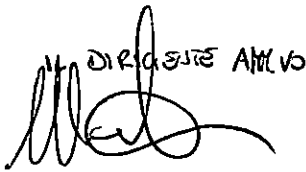
Oggetto: Ordine di bonifico

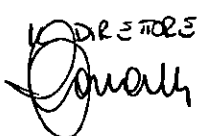
Vogliate provvedere all'accettazione dei seguenti bonifici bancari e relativo addebito sul C/C 000001484939 CIN I ABI 01030 CAB 15801 a noi intestato presso Vs. agenzia per un Totale di 372,59 €

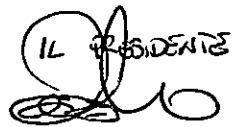
Beneficiario	Mandato	Banca di Appoggio	Importo
I.N.P.S. Sede di Brindisi P.ZZA DELLA VITTORIA,1 72100 BRINDISI BS	2.329	A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA ABI 00001 CAB 99999 C/C A fronte dei seguenti documenti : N. 1382-160000-2024-FT del 17/10/2024	€ 54,50
I.N.P.S.-Agenzia di Taranto VIA CIRO IL GRANDE 21 00144 ROMA RM	2.330	A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA ABI 00001 CAB 99999 A fronte dei seguenti documenti : N. 1163-780000-2024-FT del 18/10/2024	€ 250,75
I.N.P.S.-Direzione Subprov.le Manduria VIA ANTONIO BRUNO, 124 74024 MANDURIA TA	2.331	A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA ABI 00001 CAB 99999 A fronte dei seguenti documenti : N. 343-789000-2024-FT del 18/10/2024	€ 67,34
Totale			€ 372,59

Importo Progressivo	€	33.929.566,79
Importo Distinta	€	372,59
Totale	€	33.929.939,38

VISTO CONTABILITÀ


DIRETTORE AMM.


DIRETTORE


IL PRESIDENTE


Distinti Saluti

247896

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 13194668569 Data SDI: 18/10/2024 17:02

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE - INPS, Sede di TARANTO Via Ciro il Grande, 21 00144 - Roma - RM - IT P.IVA: IT02121151001 Cod. Fiscale: 80078750587 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA' S.P.A. 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	1163-780000-2024-FT	2024-10-18	EUR 250,75
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=7800, Causale=VMCF, Codice INPS=78004496240128711, Importo=250.75			
Importo Bollo Virtuale			
2,00			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura				
Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
VMC - RIF. INPS.7800.17/09/2024.0382941 - VISITA A PPSM* DEL 18/09/2024 VISITA DOMICILIARE Num.34538987 2024-09-18		66,23	66,23	(N2.2)
VMC - RIF. INPS.7800.23/09/2024.0392160 - VISITA A BNTS* DEL 24/09/2024 VISITA DOMICILIARE Num.34556866 2024-09-24		63,27	63,27	(N2.2)
VMC - RIF. INPS.7800.24/09/2024.0395982 - VISITA A LGHP* DEL 24/09/2024 VISITA DOMICILIARE Num.34562111 2024-09-24		64,75	64,75	(N2.2)
VMC - RIF. INPS.7800.24/09/2024.0395985 - VISITA A VPRN* DEL 25/09/2024 VISITA DOMICILIARE Num.34562129 2024-09-25		54,50	54,50	(N2.2)
escluse ex art.15		2,00	2,00	(N1)

Dati Riepilogo

Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N1 (Escluse ex. art. 15) escluse ex art.15	0 %	2,00	0,00
N2.2 (Non soggette - altri casi) Fuori campo IVA ex art. 4 del DPR 633/1972	0 %	248,75	0,00

Dati Trasmittente: IT80078750587 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.10.1

PNC _____	N.IVA <u>345</u>
DATA DI REGISTR. <u>21 OTT. 2024</u>	

247896

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 13194668569 Data SDI: 18/10/2024 17:02

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE - INPS, Sede di TARANTO Via Ciro il Grande, 21 00144 - Roma - RM - IT P.IVA: IT02121151001 Cod. Fiscale: 80078750587 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA' S.P.A. 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	1163-780000-2024-FT	2024-10-18	EUR 250,75
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=7800, Causale=VMCF, Codice INPS=78004496240128711, Importo=250.75			
Importo Bollo Virtuale			
2,00			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura				
Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
VMC - RIF. INPS.7800.17/09/2024.0382941 - VISITA A PPSM* DEL 18/09/2024 VISITA DOMICILIARE Num.34538987 2024-09-18		66,23	66,23	(N2.2)
VMC - RIF. INPS.7800.23/09/2024.0392160 - VISITA A BNTS* DEL 24/09/2024 VISITA DOMICILIARE Num.34556866 2024-09-24		63,27	63,27	(N2.2)
VMC - RIF. INPS.7800.24/09/2024.0395982 - VISITA A LGHP* DEL 24/09/2024 VISITA DOMICILIARE Num.34562111 2024-09-24		64,75	64,75	(N2.2)
VMC - RIF. INPS.7800.24/09/2024.0395985 - VISITA A VPRN* DEL 25/09/2024 VISITA DOMICILIARE Num.34562129 2024-09-25		54,50	54,50	(N2.2)
escluse ex art.15		2,00	2,00	(N1)

Dati Riepilogo

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. del	
Data scadenza pagamento	
DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA	FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA	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	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA	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:



Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N1 (Escluse ex. art. 15) escluse ex art. 15	0 %	2,00	0,00
N2.2 (Non soggette - altri casi) Fuori campo IVA ex art. 4 del DPR 633/1972	0 %	248,75	0,00

Dati Trasmittente: IT80078750587 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.10.1

PNC _____	N.IVA <u>345</u>
DATA DI REGISTR. <u>21 OTT. 2024</u>	

KYMA

MOBILITÀ

V I S T I

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. _____ del _____	
Data scadenza pagamento _____	
DATA 23/10/24	L'ADDETTO AL RISCONTRO
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA 25 OTT. 2024	FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA 21 OTT. 2024	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA 05-11-2024	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 29/10/2024	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA 29/10/2024	FIRMA

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:





7800-CASTELLANETA



Esito di Visita medica di Controllo

Protocollo: INPS.7800.24/09/2024.0395982

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale: 00146330733

Denominazione: KYMA MOBILITA' S.P.A.

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale: LGHPLC98E26F027Y

Cognome: LAGHEZZA

Nome: PIERLUCA

Sesso: M

Data di nascita: 26/05/1998

Comune di nascita: MASSAFRA

Provincia di nascita: TARAN

Dati relativi all'esito

Esito:

Visita Domiciliare n.: 34562111

Data Visita: 24/09/2024

Ora Visita: 10:13

Data Scadenza prognosi medico di controllo: 25/09/2024

Esito Visita: Visitato, Idoneo al lavoro dal 26/09/2024.

Indirizzo: VIA TRENTO

CAP: 74016

Comune: MASSAFRA

Provincia: TA

Dettaglio: Cognome: LAGHEZZA

INPS

7800-GROTTAGLIE

**Esito di Visita medica di Controllo**Protocollo: **INPS.7800.23/09/2024.0392160****Dati relativi al datore di lavoro**Codice fiscale: **00146330733**Denominazione: **KYMA MOBILITA' S.P.A.****Dati relativi al lavoratore**Codice fiscale: **BNTSVT78A06L049W**Cognome: **BONITO**Nome: **SALVATORE**Sesso: **M**Data di nascita: **06/01/1978**Comune di nascita: **TARANTO**Provincia di nascita: **TA****Dati relativi all'esito**

Esito:

Visita Domiciliare n. : 34556866Data Visita: **24/09/2024**Ora Visita: **17:43**Data Scadenza prognosi medico di controllo: **30/09/2024**Esito Visita: **Visitato, Incapace al lavoro entro la data di fine prognosi espressa dal curante.**Indirizzo: **VIA DIETRO LA PIANTATA**CAP: **74020**Comune: **LEPORANO** Provincia: **TA**Dettaglio: Cognome: **BONITO**

INPS

7800-TARANTO



Esito di Visita medica di Controllo

Protocollo: INPS.7800.24/09/2024.0395985

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale: 00146330733

Denominazione: KYMA MOBILITA' S.P.A.

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale: VPRNCL82E16L049P

Cognome: VAPORE

Nome: NICOLA

Sesso: M

Data di nascita: 16/05/1982

Comune di nascita: TARANTO

Provincia di nascita: TA

Dati relativi all'esito

Esito:

Visita Domiciliare n. : 34562129

Data Visita: 25/09/2024

Ora Visita: 18:04

Data Invito: 26/09/2024

Esito Visita: Non ha risposto nessuno all'indirizzo.

Indirizzo: CORSO ITALIA

CAP: 74121

Comune: TARANTO

Provincia: TA

Dettaglio: Cognome: VAPORE



7800-CASTELLANETA

Esito di Visita medica di Controllo

Protocollo: INPS.7800.17/09/2024.0382941

Dati relativi al datore di lavoroCodice fiscale: **00146330733**Denominazione: **KYMA MOBILITA' S.P.A.****Dati relativi al lavoratore**Codice fiscale: **PPSMRZ84T23H096X**Cognome: **PEPE SPONSALE**Nome: **MAURIZIO**Sesso: **M**Data di nascita: **23/12/1984**Comune di nascita: **PUTIGNANO**Provincia di nascita: **BA****Dati relativi all'esito**

Esito:

Visita Domiciliare n. : 34538987Data Visita: **18/09/2024**Ora Visita: **11:11**Data Scadenza prognosi medico di controllo: **20/09/2024**Esito Visita: **Visitato, Idoneo al lavoro dal 21/09/2024.**Indirizzo: **dello sport**CAP: **74018**Comune: **PALAGIANELLO**Provincia: **TA**Dettaglio: - Cognome: **PEPE SPONSALE**

23464

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 13188858239 Data SDI: 17/10/2024 21:34

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE - INPS, Sede di BRINDISI Via Ciro il Grande, 21 00144 - Roma - RM - IT P.IVA: IT02121151001 Cod. Fiscale: 80078750587 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA' S.P.A. 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	1382-160000-2024-FT ✓	2024-10-17	EUR 54,50
Art. 73 DPR 633/72: Sì			
Causale			
Rimborso per visite mediche di controllo effettuate su vostra richiesta. Versare entro 10 gg con mod F24, indicando: Codice SEDE=1600, Causale=VMCF, Codice INPS=16004496240141121, Importo=54.5 ✓			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura				
Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
VMC - RIF. INPS.1600.17/09/2024.0318809 - VISITA A MRZN* DEL 19/09/2024 VISITA DOMICILIARE Num.34535089 2024-09-19		54,50	54,50	(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 %	54,50	0,00

Dati Trasmittente: IT80078750587 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 312
DATA DI REGISTR. 18 OTT. 2024	

23464

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 13188858239 Data SDI: 17/10/2024 21:34

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente

ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE - INPS, Sede di
BRINDISI

Via Ciro il Grande, 21

00144 - Roma - RM - IT

P.IVA: IT02121151001

Cod. Fiscale: 80078750587

Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)

Destinatario

KYMA MOBILITA' S.P.A.

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	1382-160000-2024-FT	2024-10-17	EUR 54,50

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=1600,

Causale=VMCF, Codice INPS=16004496240141121, Importo=54,5

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura

Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
VMC - RIF. INPS.1600.17/09/2024.0318809 - VISITA A MRZN* DEL 19/09/2024 VISITA DOMICILIARE Num.34535089 2024-09-19		54,50	54,50	(N2.2)

Dati Riepilogo

Natura/Esigibilità IVA

N2.2 (Non soggette - altri casi) Fuori campo IVA ex art. 4 del DPR 633/1972

Al. IVA	Imponibile	Imposta
0 %	54,50	0,00

Dati Trasmittente: IT80078750587 - Progressivo Invio: 1

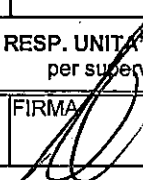
Versione Style 2.10.1

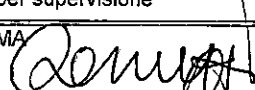
PNC	N.IVA 312
DATA DI REGISTR. 18 OTT. 2024	

KYMA

MOBILITÀ

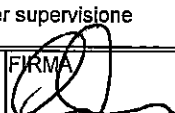
V I S T I

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>Ai. 24 SL</u> del _____	
Data scadenza pagamento <u>27-10-24</u>	
DATA <u>23/10/24</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO 
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA <u>25 OTT. 2024</u>	FIRMA 

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA <u>18 OTT. 2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA <u>05-11-2024</u>	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>23/10/2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE 
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA <u>23/10/2024</u>	FIRMA 

UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali	
Contr. Rep. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
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 <u>11.11.24</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE 

NOTE:





1600-BRINDISI



Esito di Visita medica di Controllo

Protocollo: INPS.1600.17/09/2024.0318809

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale: 00146330733

Denominazione: KYMA MOBILITA' S.P.A.

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale: MRZNTN85R18F152J

Cognome: MARZILI

Nome: ANTONIO

Sesso: M

Data di nascita: 18/10/1985

Comune di nascita: MESAGNE

Provincia di nascita: BRIND

Dati relativi all'esito

Esito:

Visita Domiciliare n. : 34535089

Data Visita: 19/09/2024

Ora Visita: 10:21

Data Invito: 20/09/2024

Esito Visita: Non ha risposto nessuno all'indirizzo.

Indirizzo: VIA ANTONIO LABRIOLA

CAP: 72028

Comune: TORRE SANTA SUSANNA

Provincia: BR

Dettaglio: Cognome: MARZILI

247923

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 13194669295 Data SDI: 18/10/2024 17:03

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)	KYMA MOBILITA' S.P.A. 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	343-789000-2024-FT ✓	2024-10-18	EUR 67,34
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=78904496240033357, Importo=67.34 ✓			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura				
Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
VMC - RIF. INPS.7890.17/09/2024.0037920 - VISITA A MRND* DEL 18/09/2024 VISITA DOMICILIARE Num.34534734 2024-09-18		67,34	67,34	(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 %	67,34	0,00

Dati Trasmittente: IT80078750587 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 316
DATA DI REGISTR. 21 OTT. 2024	

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 13194669295 Data SDI: 18/10/2024 17:03

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente

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)

Destinatario

KYMA MOBILITA' S.P.A.

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	343-789000-2024-FT	2024-10-18	EUR 67,34

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=78904496240033357, Importo=67.34

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura

Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
VMC - RIF. INPS.7890.17/09/2024.0037920 - VISITA A MRND* DEL 18/09/2024 VISITA DOMICILIARE Num.34534734 2024-09-18		67,34	67,34	(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 %	67,34	0,00

Dati Trasmittente: IT80078750587 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 316
DATA DI REGISTR. 21 OTT. 2024	

KYMA

MOBILITÀ

V I S T I

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>28/10/24</u> del _____	
Data scadenza pagamento <u>28/10/24</u>	
DATA <u>23/10/24</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO <u>[Firma]</u>
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA <u>25 OTT. 2024</u>	FIRMA <u>[Firma]</u>

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA <u>23/10/24</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[Firma]</u>
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA <u>23/10/2024</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 _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA <u>21 OTT. 2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA <u>05-11-2024</u>	FIRMA <u>[Firma]</u>

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

UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione	
DATA <u>[Firma]</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[Firma]</u>

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

NOTE:



**INPS**

7890-MANDURIA

**Esito di Visita medica di Controllo**Protocollo: **INPS.7890.17/09/2024.0037920****Dati relativi al datore di lavoro**Codice fiscale: **00146330733**Denominazione: **KYMA MOBILITA' S.P.A.****Dati relativi al lavoratore**Codice fiscale: **MRNDVD92S01B180M** Cognome: **MAIORANO**Nome: **DAVIDE**Sesso: **M**Data di nascita: **01/11/1992**Comune di nascita: **BRINDISI**Provincia di nascita: **BRIND****Dati relativi all'esito**

Esito:

Visita Domiciliare n. : 34534734Data Visita: **18/09/2024**Ora Visita: **11:32**Data Scadenza prognosi medico di controllo: **19/09/2024**Esito Visita: **Visitato, Idoneo al lavoro dal 20/09/2024.**Indirizzo: **VIA VIRGILIO**CAP: **74020**Comune: **MARUGGIO**Provincia: **TA**Dettaglio: Cognome: **MAIORANO**