

K

T880

KYMA
MOBILITÀ

ESERCIZIO 20 94

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 9410

LAVORI

LAVORO INTERNALE

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	2.410	22/11/2024			3.872,70

IL CASSIERE

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

LAVORINT SPA con Socio Unico

VIA G. PERGOLESI 8

20124 MILANO (MI)

Partita IVA: 06961760722 C.F. 06961760722

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: tremilaottocentosettantadue e 70 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

BANCA NAZIONALE DEL LAVORO SPA

IBAN: IT34A0100501602000000000059

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n. 00008559 del 31/10/2024

PAGAMENTO FATTURE N.

00008559 CIG 818984383D

IMPORTO LORDO	3.872,70
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	3.872,70

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	3.872,70	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA			
	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI:13334071904 Data SDI: 09/11/2024 15:51

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
LAVORINT SPA con Socio unico Via G.Pergolesi, 8 20124 - Milano - MI - IT P.IVA: IT06961760722 Cod. Fiscale: 06961760722 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA' S.P.A. Via Cesare Battisti 657 74100 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	00008559	2024-10-31	EUR 3.878,78
Causale			
Somministrazione di manodopera			
Importo Bollo Virtuale			
2.00			

C10-889843831

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura				
Descrizione	Qtà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
Oneri Retributivi/Contributivi/Assicurativi Data inizio periodo: 2024-10-01 Data fine periodo: 2024-10-31	1	3.843,08	3.843,08	(N2.2)
Corrispettivo di servizio Data inizio periodo: 2024-10-01 Data fine periodo: 2024-10-31	1	27,62	27,62	22 %
Assolvimento dell'imposta di bollo ai sensi dell'art.6 c.2 DM Economia e Finanza del 17/06/2014 Data inizio periodo: 2024-10-01 Data fine periodo: 2024-10-31	1	2,00	2,00	(N1)

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N2.2 (Non soggette - altri casi) Art. 13 Dpr 633/72 - art. 26 bis L. 196/97	0 %	3.843,08	0,00
S (scissione dei pagamenti)	22 %	27,62	6,08

Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N1 (Escluse ex. art. 15) Art. 15 Dpr 633/72	0 %	2,00	0,00

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	Bonifico	2024-11-30	EUR 3.872,70	BANCA NAZIONALE DEL LAVORO SPA	IT34A0100501602000000000059

Dati Trasmittente: IT05102840963 - Progressivo Invio: 72932

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 2462
DATA DI REGISTR. 11 NOV. 2024	

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 13334071904 Data SDI: 09/11/2024 15:51

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
LAVORINT SPA con Socio unico Via G. Pergolesi, 8 20124 - Milano - MI - IT P.IVA: IT06961760722 Cod. Fiscale: 06961760722 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA' S.P.A. Via Cesare Battisti 657 74100 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	00008559	2024-10-31	EUR 3.878,78
Causale -			
Somministrazione di manodopera			
Importo Bollo Virtuale			
2,00			

C10 818 984 3831

Dati ordine acquisto
Dati DDT

Dettaglio linee Fattura				
Descrizione	Qtà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
Oneri Retributivi/Contributivi/Assicurativi Data inizio periodo: 2024-10-01 Data fine periodo: 2024-10-31	1	3.843,08	3.843,08	(N2.2)
Corrispettivo di servizio Data inizio periodo: 2024-10-01 Data fine periodo: 2024-10-31	1	27,62	27,62	22 %
		27,32		
Assolvimento dell'imposta di bollo ai sensi dell'art.6 c.2 DM Economia e Finanza del 17/06/2014 Data inizio periodo: 2024-10-01 Data fine periodo: 2024-10-31	1	2,00	2,00	(N1)

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N2.2 (Non soggette - altri casi) Art. 13 Dpr 633/72 - art. 26 bis L. 196/97	0 %	3.843,08	0,00
S (scissione dei pagamenti)	22 %	27,62	6,08

KYMA

MOBILITÀ

V I S T I

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Contr. Rep. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Conv. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Determ. A.D. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____ Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA _____</td> <td>L'ADDETTO AL RISCONTRO _____</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA _____</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili</th> </tr> <tr> <td colspan="2">data scadenza pagamento indicata in fattura _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">data scadenza di pagamento presunta _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA _____</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA _____</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA _____</td> <td>FIRMA _____</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Conferimento del..... Prot.....</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.</th> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA _____</td> <td>FIRMA _____</td> </tr> </table>	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 _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA _____</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA _____</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Contr. Rep. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____ Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA _____</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' TECNICA per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA _____</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> </table> NOTE: _____ _____ _____ _____	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 _____ 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 _____
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 _____ 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 _____																																																																												



Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N1 (Escluse ex. art. 15) Art. 15 Dpr 633/72	0 %	2,00	0,00

Dati pagamento

Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	Bonifico	2024-11-30	EUR 3.872,70	BANCA NAZIONALE DEL LAVORO SPA	IT34A0100501602000000000059

Dati Trasmittente: IT05102840963 - Progressivo Invio: 72932

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 2462
DATA DI REGISTR. 11 NOV. 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. <i>Del. del 18/6/20</i> del _____	
Data scadenza pagamento <i>30-11-24</i>	
DATA <i>14/11/24</i>	L'ADDETTO AL RISCONTRO <i>[Firma]</i>
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA <i>21 NOV. 2024</i>	FIRMA <i>[Firma]</i>

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA <i>11 NOV. 2024</i>	FIRMA DEL RESPONSABILE <i>[Firma]</i>
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA <i>22-11-2024</i>	FIRMA <i>[Firma]</i>

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 _____ Prof. _____	
IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.	
DATA	FIRMA

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA <i>14/11/2024</i>	FIRMA DEL RESPONSABILE <i>[Firma]</i>
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA <i>14/11/2024</i>	FIRMA <i>[Firma]</i>

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:



Lavorint

Agenzia per il lavoro

Ragione sociale:

KYMA MOBILITA' S.P.A.
Via Cesare Battisti 657
74100 TARANTO (TA)

Allegato a F.E. n° 00008559	emessa 31/10/2024	scadenza 30/11/2024
C.F. 00146330733	P.iva 00146330733	

Spett.
KYMA MOBILITA' S.P.A.
Via Cesare Battisti 657
74100 TARANTO (TA)

Contratto 21/3318/BAI	Cliente BAI/002017	mese/anno 10/2024
N. ordine 818984383D		
Dipend. PATAVIA ROBERTO		
Luogo di lavoro Via Cesare Battisti,657 - TARANTO (TA)		

	Quantità	Importo	Totale (€)
SERVIZIO	Ora ordinaria	156,00	2.976,48
	Ora straordinaria diurna	36,00	686,88
RIMBORSI	Ticket pasto	20,00	160,00
	Rivalutazione ratei di retribuzione differita	1,00	47,34

Totale Importo

3.870,70

Oneri Retributivi/Contributivi/Assicurativi

3.843,08

Oneri Indiretti/Differiti

0,00

Corrispettivo di Servizio

27,62

Totale fuori campo IVA art.26 bis Legge 196/97

3.843,08

Totale Imponibile

27,62

IVA 22% - Art 17-ter DPR 633/1972

6,08

Scissione dei Pagamenti

Bollo - Escluso Art. 15 DPR 633/72

2,00

Assolvimento dell'imposta di bollo ai sensi dell'art.6 c.2 DM Economia e Finanza del 17/06/2014

TOTALE DOCUMENTO

3.878,78

BANCA DITTA UTILIZZATRICE

SCADENZA	30/11/2024	PAGAMENTO: Rimessa con bonifico 30 gg data fattura + split
COORDINATE IBAN	ABI: CAB:	
BANCA / AGENZIA		

LAVORINT banca d'appoggio

COORDINATE IBAN	IT34 A 01005 01602 000000000059	
BANCA / AGENZIA	BANCA NAZIONALE DEL LAVORO SPA	AG.2

Totale costo dipendente effettivamente sostenuto

a) Non deducibile ai fini Irap

- prestazione effettuata € 0,00

b) Deducibile ai fini Irap

- contratti L. 446/1997 art. 11 c. 4 octies : € 3.829,43

- Contributi Inali : € 13,65

Lavorint SpA - Agenzia per il Lavoro

Distinta allegata a fattura Num. 00008559

Cliente BAI/002017

Data fattura 31/10/2024

mese/anno 10/2024

Dipendente	Quantità	prezzo	Totale Importo	Totale Oneri
21/3318/BAI Via Cesare Battisti,657 - TARANTO (TA)				
Numero d'ordine: 818984383D				
1 PATAVIA ROBERTO				
Ticket pasto	20,00	8,00		
Rivalutazione ratei di retribuzione differita	1,00	47,34		
Ora ordinaria	156,00	19,08		
Ora straordinaria diurna	36,00	19,08		
			3.870,70	3.843,08
Totali come da fattura			3.870,70	3.843,08