

prot. n° 15466 del 08/08/2018

Proposta n° <u>42</u> Area Sesta Data 08/08/2018		
--	---	--

COMUNE DI CAPACI
PROVINCIA DI PALERMO

AREA VI

Originale di Determinazione dirigenziale

N° <u>421</u> del Reg. Data <u>14-08-2018</u>	OGGETTO	REVOCA DELLA PRECEDENTE DETERMINAZIONE N° 423 DEL 14/05/2018 E LIQUIDAZIONE FATTURA ALLA DITTA MY BENEFIT Srl PER FORNITURA DI PRODOTTI SANITARI CIG: Z0122DA38A
Parte Riservata all'Area II Bilancio _____		NOTE
ATTO n. _____ Missione <u>13</u> Programma <u>7</u> Titolo <u>1</u> Macroaggregato <u>103</u> Capitolo 011830 Visto di regolarità contabile attestante la copertura finanziaria IL RESPONSABILE DELL'AREA II Rag. Francesco Paolo Di Maggio		<u>Note spese 18/969</u>

L'anno duemiladiciotto il giorno _____ del mese di _____ alle ore _____ nella sala delle adunanze del Comune di Capaci il Responsabile di Area, analizza la seguente proposta ai fini dell'assunzione delle determinazioni di competenza:

Il Responsabile del procedimento di cui all'art. 5 della l.r. 30/4/1991 n° 10, ai sensi dell'art. 2 della medesima legge, propone l'adozione della presente proposta di determinazione avente ad oggetto: "REVOCA DELLA PRECEDENTE DETERMINA N°423 DEL 14/05/2018 E LIQUIDAZIONE FATTURA ALLA DITTA MY BENEFIT Srl PER FORNITURA DI PRODOTTI SANITARI CIG: Z0122DA38A "

Richiamata la D.D. di Area VII n. 21 del 19/03/2018 R.G. 281 del 23/03/2018 con oggetto: **"Impegno spesa per acquisto di articoli sanitari della Ditta MY BENEFIT Srl. CIG: Z0122DA38A "** con la quale si è provveduto ad impegnare la somma di € 920,00 IVA compresa, per assicurare alla Farmacia Comunale la fornitura di prodotti sanitari e parafarmaci distribuiti dalla ditta MyBenefit S.r.l. ;

Visto che con determina n°423 del 14/05/2018 era stata predisposta la liquidazione del documento contabile prodotto dalla ditta : **fattura PA n° 10/01 del 30/03/2018**, per un totale imponibile di **euro 469,80** oltre ad **I.V.A. di euro 36,33** e per un importo complessivo di **euro 506,13**, presentante codice CIG errato ed erroneamente accettata;

Visto la corrispondente **N.C n°14/01 del 02/08/2018** , prodotto dalla ditta, che annulla la sopracitata fattura;

Visto il nuovo documento contabile, prodotto dalla ditta : **la fattura PA n.15/01 del 02/08/2018**, per un totale imponibile di **euro 469,80** oltre ad **I.V.A. di euro 36,33** e per un importo complessivo di **euro 506,13**;

Preso atto del certificato Durc valido della Ditta MY BENEFIT Srl., e della dichiarazione ai sensi della legge 136/2010;

Visto che la merce è stata regolarmente fornita e presa in carico dalla Farmacia Comunale, come da attestazione apposta dal farmacista comunale sulle fatture fiscali;

Considerato che trattasi di forniture di beni utilizzati dalla farmacia Comunale per svolgere il servizio, di erogazione dell'assistenza farmaceutica, dovendo, al pari delle farmacie private, assicurare con regolarità il servizio medesimo (configurandosi, altrimenti, il reato previsto dall' art. 331c.p.) e che quindi, se non pagate, possono arrecare danno patrimoniale grave all'Ente ;

Visto il TUEL parte II tit. II art. 163

Visto il D. Lgs. 267/2000;

Visto il D.P.R. 633/1972 art. 17-ter

PROPONE DI DETERMINARE

Per quanto sopra esposto:

- 1) **Revocare** la precedente determina di liquidazione n°423 del 14/05/2018
- 2) **Liquidare e pagare** alla ditta My Benefit Srl via Leopardi, 46/a, 41123 - Modena, P.IVA 03281200364 per la fornitura di parafarmaci e sanitari, alla Farmacia Comunale, mediante accreditamento presso la Banca Unicredit ag. Rubiera - sul Cod. **IBAN IT18N0200866471000100750085**, per i seguenti documenti contabili: **la fattura PA n.15/01 del 02/08/2018**, per un totale imponibile di **euro 469,80** oltre ad **I.V.A. di euro 36,33** e per un importo complessivo di **euro 506,13**;
- 3) **Versare**, a norma dell'art 17-ter del D.P.R. 633/1972 la quota **IVA di € 36,33 (Iva Commerciale)**
- 4) **Imputare** la complessiva spesa di **€ 506,13** sull'impegno **18/117.6** , intervento U.1.03.05.999 capitolo 11830 del bilancio 2017 in formazione

Il Responsabile del procedimento
(D.ssa Marzia Morena)

Marzia Morena

IL RESPONSABILE DI AREA

Vista la superiore proposta di determinazione ritenuta conforme sotto il profilo tecnico alle norme di legge e alle norme interne

DETERMINA

Di approvare la superiore proposta di determinazione.

Il Funzionario Responsabile Area VI
Incaricato pro tempore
(D.ssa Marzia Morena)

Marzia Morena

FATTURA N. 10/01

Identificativo trasmittente: IT01879020517 - Progressivo invio: 0004295072 - Formato trasmissione: FPA12

Codice destinatario: UF7FCU

MITTENTE	DESTINATARIO
MY BENEFIT S.R.L. Identificativo fiscale ai fini IVA: IT03281200364 Codice fiscale: 03281200364 VIA G. LEOPARDI, 46/A 41123 MODENA (MO) IT	FARMACIA COMUNALE CAPACI Identificativo fiscale ai fini IVA: IT00653700823 Codice fiscale: 80019740820 VIALE VITTORIO EMANUELE, 153 90040 CAPACI (PA) IT

Tipo documento: **10/01** Numero: **10/01** Data: **30/03/18** Valuta: **EUR** Importo totale documento: (*) **506,13** Arrotondamento:

Fattura (TD01) Causale: **FATTURA DIFF. PUBBL. AMM.**

(*) Importo indicato dal fornitore

	Codice (T - V)	Descrizione	Periodo di riferimento (Da - A)	Quantità	Prezzo unitario	SC/ MG	Totale	Iva (%)	Natura
1		Rif. D.D.T. n.792 - del 15/03/2018 -			0,00		0,00	4,00	
2		Da impeg. 1065 del 15/03/2018			0,00		0,00	4,00	
3	CodFornitore PLA.BM	PLANTARE ATTIVO BIONAIF MOD.70-80KG NR38-42(BLU MEDIO)		N 2,00	40,50		81,00	4,00	
		Dati gestionali:	* Tipo: Lotti, Valore l.: 8-15 qta 2						
4	CodFornitore PLA.BG	PLANTARE ATTIVO BIONAIF MOD.95-105KG NR42-48(BLU GRANDE)		N 2,00	40,50		81,00	4,00	
		Dati gestionali:	* Tipo: Lotti, Valore l.: 9-15 qta 2						
5	CodFornitore PLA.NP	PLANTARE ATTIVO BIONAIF MOD.58-70KG NR34-38(NEUTR PICCOLO)		N 3,00	40,50		121,50	4,00	
		Dati gestionali:	* Tipo: Lotti, Valore l.: 10-15 qta 3						
6	CodFornitore PLA.NM	PLANTARE ATTIVO BIONAIF MOD.80-90KG NR38-42(NEUTRO MEDIO)		N 2,00	40,50		81,00	4,00	
		Dati gestionali:	* Tipo: Lotti, Valore l.: 8-15 qta 2						
7	CodFornitore PL.001	DEPLIANT PLANTARE ATTIVO BIONAIF - OMAGGIO		N 50,00	0,00		0,00	22,00	
8	CodFornitore PL.025	LOCANDINA GRANDE CALZABIONAIF		N 1,00	0,00		0,00	22,00	
9	CodFornitore PL.026	LOCANDINA PICCOLA CALZABIONAIF		N 1,00	0,00		0,00	22,00	
10	CodFornitore AGH00	BIO - AGIVEN SPRAY 100 ML		N 12,00	7,95		95,40	22,00	
11		IVA versata dal committente ai sensi dell'art. 17-ter D.P.R. 633/1972 - scissione dei pagamenti			0,00		0,00	4,00	
12		Spese di Trasporto (totale 9,90)			7,85		7,85	4,00	
		Tipo cessione/prestazione: spesa accessoria (AC)							
13		Spese di Trasporto (totale 9,90)			2,05		2,05	22,00	
		Tipo cessione/prestazione: spesa accessoria (AC)							

Aliquota IVA (%)	Arrotondamento e Spese accessorie	Totale Imponibile	Totale Imposta	Natura	Normativa	Esigibilità IVA
4,00	Spese accessorie : 7,85	372,35	14,89			Scissione pagamenti (S)
22,00	Spese accessorie : 2,05	97,45	21,44			Scissione pagamenti (S)
TOTALE						506,13

Pagamento			
Cond./Mod. di pagamento	Decorrenza/termini	Beneficiario/Istituto finanziario	Altri dati

FATTURA N. 14/01

Identificativo trasmittente: IT01641790702 - Progressivo invio: 0001D - Formato trasmissione: FPA12
 Telefono trasmittente: 0874-60561
 Codice destinatario: UF7FCU

MITTENTE	DESTINATARIO
----------	--------------

MY BENEFIT S.R.L.

Identificativo fiscale ai fini IVA: IT03281200364
 Codice fiscale: 03281200364
 VIA G. LEOPARDI, 46/A
 41123 MODENA (MO)
 IT

FARMACIA COMUNALE CAPACI

Identificativo fiscale ai fini IVA: IT00653700823
 VIALE VITTORIO EMANUELE, 153
 90040 CAPACI (PA)
 IT

Tipo documento: **Nota di credito (TD04)** Numero: **14/01** Data: **02/08/18** Valuta: **EUR** Importo totale documento: (*) **506,13** Arrotondamento:

Causale: **NOTA ACC. PUBBL. AMM.**

(*) Importo indicato dal fornitore

	Codice (T - V)	Descrizione	Periodo di riferimento (Da - A)	Quantità	Prezzo unitario	SC/ MG	Totale	Iva (%)	Natura
1		VI RIMETTIAMO NOTA DI ACCREDITO A STORNO TOTALE FATTURA PER ERRATA FATTURAZIONE			0,00		0,00	4,00	
2		RIF NS FT 10/01 DEL 30/03/2018			0,00		0,00	4,00	
3	CodFornitore PLA.BM	PLANTARE ATTIVO BIONAIF MOD.70-80KG NR38-42(BLU MEDIO)		N 2,00	40,50		81,00	4,00	
		Dati gestionali:	• Tipo: Lotti, Valore l.: 8-15 qta 2						
4	CodFornitore PLA.BG	PLANTARE ATTIVO BIONAIF MOD.95-105KG NR42-48(BLU GRANDE)		N 2,00	40,50		81,00	4,00	
		Dati gestionali:	• Tipo: Lotti, Valore l.: 9-15 qta 2						
5	CodFornitore PLA.NP	PLANTARE ATTIVO BIONAIF MOD.58-70KG NR34-38(NEUTR PICCOLO)		N 3,00	40,50		121,50	4,00	
		Dati gestionali:	• Tipo: Lotti, Valore l.: 10-15 qta 3						
6	CodFornitore PLA.NM	PLANTARE ATTIVO BIONAIF MOD.80-90KG NR38-42(NEUTRO MEDIO)		N 2,00	40,50		81,00	4,00	
		Dati gestionali:	• Tipo: Lotti, Valore l.: 8-15 qta 2						
7	CodFornitore PL.001	DEPLIANT PLANTARE ATTIVO BIONAIF - OMAGGIO		N 50,00	0,00		0,00	22,00	
8	CodFornitore PL.025	LOCANDINA GRANDE CALZABIONAIF		N 1,00	0,00		0,00	22,00	
9	CodFornitore PL.026	LOCANDINA PICCOLA CALZABIONAIF		N 1,00	0,00		0,00	22,00	
10	CodFornitore AGI100	BIO - AGIVEN SPRAY 100 ML		N 12,00	7,95		95,40	22,00	
		Dati gestionali:	• Tipo: Lotti, Valore l.: 17181 qta 12						
11		IVA versata dal committente ai sensi dell'art. 17-ter D.P.R. 633/1972 - scissione dei pagamenti			0,00		0,00	4,00	
12		Spese di Trasporto (totale 9,90)			7,85		7,85	4,00	
		Tipo cessione/prestazione: spesa accessoria (AC)							
13		Spese di Trasporto (totale 9,90)			2,05		2,05	22,00	
		Tipo cessione/prestazione: spesa accessoria (AC)							

Alliquota IVA (%)	Arrotondamento e Spese accessorie	Totale imponibile	Totale imposta	Natura	Normativa	Esigibilità IVA
4,00	Spese accessorie : 7,85	372,35	14,89			Scissione pagamenti (S)
22,00	Spese accessorie : 2,05	97,45	21,44			Scissione pagamenti (S)
TOTALE						506,13

FATTURA N. 15/01

Identificativo trasmittente: IT01641790702 - Progressivo invio: 0001E - Formato trasmissione: FPA12
 Telefono trasmittente: 0874-60561
 Codice destinatario: UF7FCU

MITTENTE	DESTINATARIO
----------	--------------

MY BENEFIT S.R.L.
 Identificativo fiscale ai fini IVA: IT03281200364
 Codice fiscale: 03281200364
 VIA G. LEOPARDI, 46/A
 41123 MODENA (MO)
 IT

FARMACIA COMUNALE CAPACI
 Identificativo fiscale ai fini IVA: IT00653700823
 VIALE VITTORIO EMANUELE, 153
 90040 CAPACI (PA)
 IT

Tipo documento: Fattura (TD01) Numero: 15/01 Data: 02/08/18 Valuta: EUR Importo totale documento: (*) 506,13 Arrotondamento:

Causale: **FATTURA IMMED. PUBBL. AMM.**

(*) Importo indicato dal fornitore

Codice (T - V)	Descrizione	Periodo di riferimento (Da - A)	Quantità	Prezzo unitario	SCI/ MG	Totale	Iva (%)	Natura
1	Vi rimettiamo Fattura Rif. D.D.T. n.792 - del 15/03/2018 -			0,00		0,00	4,00	
2	Da impegn. 1065 del 15/03/2018			0,00		0,00	4,00	
3	CodFornitore PLA,BM PLANTARE ATTIVO BIONAIF MOD.70-80KG NR38-42(BLU MEDIO)		N 2,00	40,50		81,00	4,00	
4	CodFornitore PLA,BG PLANTARE ATTIVO BIONAIF MOD.95-105KG NR42-48(BLU GRANDE)		N 2,00	40,50		81,00	4,00	
5	CodFornitore PLA,NP PLANTARE ATTIVO BIONAIF MOD.58-70KG NR34-38(NEUTR PICCOLO)		N 3,00	40,50		121,50	4,00	
6	CodFornitore PLA,NM PLANTARE ATTIVO BIONAIF MOD.80-90KG NR38-42(NEUTRO MEDIO)		N 2,00	40,50		81,00	4,00	
7	CodFornitore PL.001 DEPLIANT PLANTARE ATTIVO BIONAIF - OMAGGIO		N 50,00	0,00		0,00	22,00	
8	CodFornitore PL.025 LOCANDINA GRANDE CALZABIONAIF		N 1,00	0,00		0,00	22,00	
9	CodFornitore PL.026 LOCANDINA PICCOLA CALZABIONAIF		N 1,00	0,00		0,00	22,00	
10	CodFornitore AGI100 BIO - AGIVEN SPRAY 100 ML		N 12,00	7,95		95,40	22,00	
11	IVA versata dal committente ai sensi dell'art. 17-ter D,P,R, 633/1972 - scissione dei pagamenti			0,00		0,00	4,00	
12	Spese di Trasporto (totale 9,90)			7,85		7,85	4,00	
	Tipo cessione/prestazione: spesa accessoria (AC)							
13	Spese di Trasporto (totale 9,90)			2,05		2,05	22,00	
	Tipo cessione/prestazione: spesa accessoria (AC)							

Aliquota IVA (%)	Arrotondamento e Spese accessorie	Totale Imponibile	Totale Imposta	Natura	Normativa	Esigibilità IVA
4,00	Spese accessorie : 7,85	372,35	14,89			Scissione pagamenti (S)
22,00	Spese accessorie : 2,05	97,45	21,44			Scissione pagamenti (S)
TOTALE						506,13

Pagamento			
Cond./Mod. di pagamento	Decorrenza/termini	Beneficiario/istituto finanziario	Altri dati
Pagamento completo (TP02) Bonifico (MP05) Importo: 469,80	Scadenza: 02/08/18	Istituto finanziario: UNICREDIT SPA IBAN: IT18N0200866471000100750085 ABI: 02008 CAB: 66471	

Dati del terzo intermediario soggetto emittente

Ordine di acquisto

Durc On Line

Numero Protocollo	INPS_11368468	Data richiesta	10/07/2018	Scadenza validità	07/11/2018
-------------------	---------------	----------------	------------	-------------------	------------

Denominazione/ragione sociale	MY BENEFIT S.R.L.
Codice fiscale	03281200364
Sede legale	VIA GIACOMO LEOPARDI 46/A MODENA MO 41100

Con il presente Documento si dichiara che il soggetto sopra identificato **RISULTA REGOLARE** nei confronti di

I.N.P.S.
I.N.A.I.L.

Il Documento ha validità di 120 giorni dalla data della richiesta e si riferisce alla risultanza, alla stessa data, dell'interrogazione degli archivi dell'INPS, dell'INAIL e della CNCE per le imprese che svolgono attività dell'edilizia.

MY BENEFIT SRL
Via G. Leopardi, 46/A
41123 Modena
P. IVA/C.F. 03281200364
Tel. 059828941

OGGETTO: Comunicazione resa ai sensi dell'art.3, comma 7, della Legge 13/08/2010, n. 136 e successive modificazioni.

Il sottoscritto: BERTUANO GENARO

Legale rappresentante dell'Impresa MY BENEFIT S.R.L.

codice fiscale: BRTAN277H026902X partita IVA: 03281200364

DICHIARA

ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari relativi a Contratti/Collimi/Incarichi/Convenzioni in essere o finiti, che il proprio conto corrente dedicato (o i propri conti correnti dedicati) a commesse pubbliche, sul quale/sui quali dovranno essere effettuati i pagamenti così come previsto dalla L. 136/2010, è/sono il/i seguente/i:

Istituto Bancario/Poste Italiane: UNICREDIT - FILIALE DI RUMERA MONTICHELLA

Agenzia di:	<u>RUMERA</u>
Numero di c/c:	<u>000100750087</u>
ABI:	<u>08008</u>
CAB:	<u>66426</u>
CIN:	<u>N</u>
COD. IBAN:	<u>IT1820200866471000100750087</u>

L'ave persona/e delegata/e ad operare è/sono:

BERTUANO GENARO
NATO A MONTICHELLA - NA IL 02/08/1977
BRTAN277H026902X LEGALE RAPPRESENTANTE

(indicare nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, funzione)

Il sottoscritto dichiara di essere informato in merito alle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi, previste dall'art. 76, del D.P.R. 445/2000.

Il sottoscritto dichiara altresì di essere informato a norma dell'art. 13, del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è presentata.

Il sottoscritto, o suo delegato, si impegna a notificare alla stazione appaltante qualunque eventuale variazione dei dati di cui alla presente comunicazione.

data 14/07/2016

Firma e timbro
MY BENEFIT SRL
Via G. Leopardi, 46/A
~~41123 Modena~~
P. IVA/C.F. 03281200364
Tel. 059828941

N.B. allegare fotocopia documento di riconoscimento del Legale Rappresentante, attestante la presente dichiarazione

Il Responsabile di Area

Copia conforme all'originale, in carta libera, per uso amministrativo

Dal Municipio _____

IL RESPONSABILE AREA VI^

REFERTO DI PUBBLICAZIONE

N. Reg. pubbl. _____

Certifico io sottoscritto Segretario Generale su conforme dichiarazione del Responsabile Albo Pretorio, che copia del presente verbale viene pubblicato il giorno _____ all'Albo Pretorio ove rimarrà esposta per 15 giorni consecutivi.

Il Responsabile Albo Pretorio

IL SEGRETARIO GENERALE
