

Prot. 1522 DA 24/02/2020

Proposta N° 10  
Area : Prima  
Data 17/01/2020



**COMUNE DI CAPACI**  
CITTA' METROPOLITANA DI PALERMO

**PRIMA AREA**

Originale di Determinazione dirigenziale

N° <u>72</u> del Reg. Data <u>03/02/2020</u>	<b>OGGETTO</b>	Liquidazione fattura n. 93/2019 alla Coop. LETIZIA per ricovero di un disabile psichico svolto nel mese di giugno 2019 CIG: ZD426CBFB5
Parte Riservata all'Area II <b>Bilancio 2020 rr.pp. 2019</b> ATTO n. _____ Missione <u>12</u> Programma <u>7</u> Titolo <u>1</u> Macroaggregato <u>03</u> Capitolo <u>11687</u>  Visto di regolarità contabile attestante la copertura finanziaria  IL RESPONSABILE DELL'AREA II Rag. Francesco Paolo Di Maggio		<b>NOTE</b>  I 19 / 1886 AS. 19 / 6648

L'anno duemilaventi, il giorno \_\_\_\_\_, 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. 30/4/19114 n° 10, ai sensi dell'art. 2 della medesima legge, propone l'adozione della presente proposta di determinazione avente ad oggetto: **Liquidazione fattura n. 93/2019 alla Coop. LETIZIA per ricovero di un disabile psichico svolto nel mese di giugno 2019 - CIG: ZD426CBFB5**

Vista la determinazione dirigenziale n. 835/2019 con la quale si è proceduto all'impegno della spesa di euro 18.500,00 sul codice Missione 12 Programma 7 Titolo 1 Macroaggregato 03 del bilancio 2019, per il ricovero di un disabile psichico presso la Comunità alloggio Letizia di Carini gestita dalla omonima Cooperativa – P.I.04719740823 - per l'anno 2019;

Vista la fattura n. 93/2019 del 19/12/2019 di euro 2.271,90 – IVA compresa – relativa al servizio di ricovero di un disabile svolto nel mese di giugno 2019;

Rilevato che il servizio è stato svolto regolarmente;

Ritenuto pertanto dover procedere alla relativa liquidazione;

Preso atto dell'art. 184 del D.lgs. 18.08.2000 n. 267;

Visto il regolamento di contabilità;

#### PROPONE DI DETERMINARE

Per quanto esposto in premessa, che si intende di seguito integralmente richiamato e trascritto:

1. LIQUIDARE per il servizio di ricovero di un disabile psichico svolto nel mese di giugno 2019 presso la Cooperativa Letizia, corso Umberto I n. 23 Carini P.I. 04719740823, l'importo complessivo di € **2.271,90** – IVA compresa - su fattura n. 93/2019;
2. PAGARE alla Cooperativa. LETIZIA, ai sensi della legge del 23 dicembre 2014 n. 190, art. 1 comma 629, lettera b), esclusivamente la somma imponibile di € **2.163,71** - al netto di IVA - relativa alla suddetta fattura n. 93/2019 del 19/12/2019, mediante accredito su IBAN: **IT9110306943211100000000330**;
3. TRATTENERE la somma di € **108,19** – per IVA al 5% sulla suddetta fattura n. 93/2019, da versare direttamente da questo Ente all'Erario, secondo le modalità e i tempi previsti dalla norma, in luogo della Società Cooperativa sopra richiamata;
4. IMPUTARE la complessiva spesa di € 2.271,90 (IVA compresa) sull'impegno **19/1884** assunto con la suddetta determinazione dirigenziale n. 835 /2019 sul cod. Missione 12 Programma 7 Titolo 1 Macroaggregato 03 Capitolo 11687 del bilancio 2020 rr.pp.2019.

Il responsabile del procedimento  
Dott. Francesco Romano

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 Responsabile della Prima Area  
Rag. F. sco Paolo Di Maggio



**FATTURA N. 93/2019**

Identificativo trasmittente: IT05653800820 - Progressivo invio: 00FCQ - Formato trasmissione: FPA12

Codice destinatario: UF7FCU

MITTENTE	DESTINATARIO
<b>COOPERATIVA SOCIALE LETIZIA</b> Identificativo fiscale ai fini IVA: IT04719740823 CORSO UMBERTO I 23 90044 CARINI (PA) IT	<b>Uff_eFatturaPA</b> Codice fiscale: 80019740820 Piazza Calogero Troia 90040 Capaci (PA) IT

Tipo documento: Fattura (TD01)	Numero: 93/2019	Data: 19/12/19	Valuta: EUR	Importo totale documento: (*) 2.271,90	Arrotondamento:
Causale: <u>RICOVERO PER ASSISTENZA DISPOSTO DAL D.S.M. DI CARINI SIG. V.GP. PERIODO GIUGNO 2019 CIG ZD426CBFB5</u>					

(\*) Importo indicato dal fornitore

Codice (T - V)	Descrizione	Periodo di riferimento (Da - A)	Quantità	Prezzo unitario	SC/ MG	Totale	Iva (%)	Natura
1	RICOVERO PER ASSISTENZA DISPOSTO DAL D.S.M. DI CARINI SIG. V.GP. PERIODO GIUGNO 2019 CIG ZD426CBFB5		1,00	2.163,71		2.163,71	5,00	

Aliquota IVA (%)	Arrotondamento e Spese accessorie	Totale imponibile	Totale imposta	Natura	Normativa	Esigibilità IVA
5,00	Arrotondamento: 0,00	2.163,71	108,19			Scissione pagamenti (S)
<b>TOTALE</b>						<b>2.271,90</b>

Pagamento			
Cond./Mod. di pagamento	Decorrenza/termini	Beneficiario/istituto finanziario	Altri dati
Pagamento completo (TP02) Bonifico (MP05) Importo: 2.163,71		IBAN: IT9110306943211100000000330	

<b>Dati del terzo intermediario soggetto emittente</b> Identificativo fiscale ai fini IVA: IT05653800820 Denominazione: Arancia-ICT srl	<b>Soggetto emittente la fattura</b> Soggetto emittente: terzo (TZ)	<b>Convenzione</b> Identificativo convenzione: - Codice CIG: ZD426CBFB5
---	--	---

Allegati				
	Nome dell'allegato	Compressione	Formato	Descrizione
1	REGISTRO PRESENZE .xlsx		xlsx	

## Durc On Line

Numero Protocollo	INAIL_19781803	Data richiesta	10/01/2020	Scadenza validità	09/05/2020
-------------------	----------------	----------------	------------	-------------------	------------

Denominazione/ragione sociale	LETIZIA PICCOLA SOC.COOP. A R.L.
Codice fiscale	04719740823
Sede legale	CORSO UMBERTO I, 23 90044 CARINI (PA)

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.

---

---

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

Dal Municipio \_\_\_\_\_

**IL RESPONSABILE DI AREA**  
(.....)

---

---

---

**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**  
(Dott. Ricupati)

---