

Determina n. 040

OGGETTO: Casa di Cura Madonna dello Scoglio s.r.l. con sede in Cotronei.
Liquidazione prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (APA-PAC)
relativa al mese di marzo 2021.

In data **28 APR. 2021** nella sede del Dipartimento Area Programmazione e Controllo sita
in Crotone, via M. Nicoletta Centro Direzionale "Il Granaio";

Vista la dichiarazione di regolarità tecnico-procedurale e legittimità dell'atto resa dal Responsabile
del procedimento designato nonché dal Dirigente Responsabile U.O.S. si propone al Direttore del
Dipartimento l'adozione del presente atto.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
AREA PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

Premesso,

che con D.C.A. n. 49 del 19/03/2021 del Commissario Ad Acta per l'attuazione del piano di rientro
dai disavanzi del SSR calabrese, è stato definito, per l'anno 2021, il livello massimo di
finanziamento per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale da privato
accreditato, comprese le prestazioni APA e PAC, con oneri a carico del SSR;

che, in data 30/03/2021 è stato stipulato il contratto che regola i rapporti giuridici ed
economici tra questa Azienda Sanitaria e la Casa di Cura Madonna dello Scoglio s.r.l. con sede in
Cotronei, per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (APA-PAC) per l'anno
2021, che definisce, tra l'altro, il limite massimo di spesa di euro 23.000,00, nonché le modalità di
controllo, verifica e liquidazione delle prestazioni erogate;

Considerato,

che la Casa di Cura Madonna dello Scoglio, ha trasmesso a questa Azienda Sanitaria le ricette delle
prestazioni di specialistica ambulatoriale (APA-PAC) rese nel mese di marzo 2021;

che, questo Dipartimento con nota protocollo n. 0017235 del 23/04/2021, agli atti d'ufficio, ha
comunicato alla stessa Casa di Cura Madonna dello Scoglio la valorizzazione economica delle
prestazioni sanitarie in oggetto, il cui importo ammonta ad euro 600,00;

Accertato,

che la Casa di Cura Madonna dello Scoglio, ai fini della liquidazione delle prestazioni di specialistica
ambulatoriale (APA-PAC) del mese marzo 2021, ha fatto pervenire la fattura n. 2/12 del
26/04/2021 di euro 600,00, che allegata alla presente determina ne costituisce parte integrante;

DETERMINA

Per quanto in premessa specificato e descritto, che qui si intende integralmente ripetuto e confermato:

1. Liquidarsi alla Casa di Cura Madonna dello Scoglio, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (APA-PAC), rese nel mese di marzo 2021, la fattura n. 2/12 del 26/04/2021 di euro 600,00.
2. Disporre che il competente Ufficio Ragioneria provveda all'emissione del relativo mandato di pagamento.
3. Trasmettere copia della presente determinazione alla Segreteria Generale dell'Azienda per la relativa pubblicazione.

Responsabile del Procedimento

Sig. Domenico Bianco

Il Responsabile U.O.S.

Dr. Faustino Ferro

Il Direttore U.O.C. f.f.

Programmazione e Controllo

Dr. Alessandro Bisbano

Il Direttore del Dipartimento

Area Programmazione e Controllo

Dott.ssa Angelina Rizzuti

=====

UFFICIO AFFARI GENERALI
SEGRETERIA GENERALE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente determina è stata pubblicata nelle forme di legge all'Albo pretorio dell'Azienda in data **29 APR. 2021** con protocollo n. **01382**

Il Responsabile del procedimento

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
COLL. AUT. VO PROF.
Rag. Francesco SORVILLO

Il Direttore Ufficio Affari Generali
e Legali e delle Assicurazioni
Dott.ssa Anna Giordano

FATTURA ELETTRONICA

Versione FPA12

Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **SM03473**
Progressivo di invio: **2/12**
Formato Trasmissione: **FPA12**
Codice Amministrazione destinataria: **UGT98Q**

Dati del cedente / prestatore

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT03328980796**
Codice fiscale: **03328980796**
Denominazione: **CASA DI CURA MADONNA DELLO SCOGLIO SRL**
Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

Dati della sede

Indirizzo: **LOC.TA' MOLA**
CAP: **88836**
Comune: **COTRONEI**
Provincia: **KR**
Nazione: **IT**

Recapiti

Telefono: **0962492993**
E-mail: **casadicuramds@pec.it**

Dati del cessionario / committente

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT01997410798**
Denominazione: **ASP CROTONE - APA PAC**

Dati della sede

Indirizzo: **VIA M.NICOLETTA**
CAP: **88900**
Comune: **CROTONE**
Provincia: **KR**
Nazione: **IT**

Dati del terzo intermediario soggetto emittente

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **SM03473**
Denominazione: **Passepartout S.p.A**

Soggetto emittente la fattura

Soggetto emittente: **TZ** (terzo)

Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)
Valuta importi: **EUR**
Data documento: **2021-04-26** (26 Aprile 2021)
Numero documento: **2/12**
Importo totale documento: **600.00**
Causale: **PREST.APA-PAC**

Bollo

Bollo virtuale: **SI**
Importo bollo: **2.00**

Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

Nr. linea: 1

Codifica articolo

Tipo: **PROPRIETARIO**
Valore: **PR-003**
Descrizione bene/servizio: **PRESTAZIONI AMBULATORIALI**
Quantità: **1.000000**
Unità di misura: **NR**
Valore unitario: **600.000000**
Valore totale: **600.00**
IVA (%): **0.00**
Natura operazione: **N4** (esenti)

Nr. linea: 2

Codifica articolo

Tipo: **PROPRIETARIO**
Valore: **TICKET2**
Descrizione bene/servizio: **PRESTAZ.APA-PAC**
Quantità: **1.000000**
Unità di misura: **NR**
Valore unitario: **0.000000**
Valore totale: **0.00**
IVA (%): **0.00**
Natura operazione: **N4** (esenti)

Nr. linea: 3

Codifica articolo

Tipo: **PROPRIETARIO**
Valore: **RIC.APA-**
Descrizione bene/servizio: **QUOTA DI PARTEC.PREST.APA PAC**
Quantità: **1.000000**
Unità di misura: **NR**
Valore unitario: **0.000000**
Valore totale: **0.00**
IVA (%): **0.00**
Natura operazione: **N4** (esenti)

Altri dati gestionali

Tipo dato: **NOTA**
Valore testo: **TOTALE PRESTAZIONI=6**
Tipo dato: **NOTA**
Valore testo: **TOTALE RICETTE=6**
Tipo dato: **NOTA**
Valore testo: **VI RIMETTIAMO FATTURA PER PRESTAZIONI**
Tipo dato: **NOTA**
Valore testo: **AMBULAT.APA-PAC MESE DI MARZO 2021 COME**

Tipo dato: **NOTA**
Valore testo: **DA VS RICHIESTA PROT.N.17235 DEL 23/04/2021.**
Tipo dato: **NOTA**
Valore testo: **DA NOI EFFETTUATE E DA VOI VALORIZZATE.**

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **0.00**
Natura operazioni: **N4** (esenti)
Totale imponibile/importo: **600.00**
Totale imposta: **0.00**
Riferimento normativo: **Operazione Esente 10) 633/72**

Dati relativi al pagamento

Condizioni di pagamento: **TP02** (pagamento completo)

Dettaglio pagamento

Modalità: **MP05** (bonifico)
Data scadenza pagamento: **2021-07-26** (26 Luglio 2021)
Importo: **600.00**
Istituto finanziario: **BANCA POP. EMILIA ROMAGNA**
Codice IBAN: **IT95H0538742630000001002434**
Codice ABI: **05387**
Codice CAB: **42630**