

T960/24

K

KYMA MOBILITÀ

ESERCIZIO 20 24

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 2691

1205 TARANTO

F24 visite fiscali

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	2.691	19/12/2024			52,95

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

I.N.P.S.-Agenzia di Taranto

VIA CIRO IL GRANDE 21

00144 ROMA (RM)

Partita IVA: 02121151001 C.F. 80078750587

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: cinquantadue e 95 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n. 1247-780000-2024-FT del 13/12/2024

PAGAMENTO FATTURE N.
1247-780000-2024-FT

IMPORTO LORDO	52,95
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	52,95

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

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE											
CODICE FISCALE		0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3						barare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare			
DATI ANAGRAFICI		cognome, denominazione o ragione sociale KYMA MOBILITA' SPA TARANTO						nome			
		data di nascita giorno mese anno		sesso (M o F)		comune (o Stato estero) di nascita		prov.			
DOMICILIO FISCALE		comune TARANTO		prov. T A		via e numero civico VIA C. BATTISTI, 657					
CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare								codice identificativo			
SEZIONE ERARIO											
		codice tributo	rateazione/ regione/ prov./ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati		importi a credito compensati				
IMPOSTE DIRETTE - IVA											
RITENUTE ALLA FONTE											
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI											
codice ufficio		codice atto						SALDO (A-B)			
				TOTALE A		B					
SEZIONE INPS											
codice sede	causale contributo	matricola INPS/ codice INPS/ filiale azienda		periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa		importi a debito versati		importi a credito compensati			
7800	VMCF	78004496240159724		00/0000 00/0000		52 9 5		0 0 0			
								SALDO (C-D)			
				TOTALE C		52,95 D		0,00			
								52,95			
SEZIONE REGIONI											
codice regione		codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati		importi a credito compensati				
								SALDO (E-F)			
				TOTALE E		F					
SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI											
codice ente/ codice comune		Immob. Brve versati	Acc. Sello	numero immobile	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati		importi a credito compensati	
										SALDO (G-H)	
						TOTALE G		H			
SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI											
INAIL		codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati		importi a credito compensati		
										SALDO (I-L)	
						TOTALE I		L			
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa		importi a debito versati		importi a credito compensati			
								SALDO (M-N)			
						TOTALE M		N			
FIRMA											
SALDO FINALE											
EURO + 52,95											

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)									
DATA		CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE				Pagamento presentato alla banca il Conto: I 01030 15801 000001484939 Delega Da spedire			
		AZIENDA		CAB/SPORTELLLO					
giorno	mese	anno							
2	3	12	2	0	2	4	01030	15801	

PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA

FATTURAELETTRONICA

347896

Id SDI:13593675220 Data SDI: 13/12/2024 17:10

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	1247-780000-2024-FT	2024-12-13	EUR 52,95
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: <u>Codice SEDE=7800,</u> <u>Causale=VMCF, Codice INPS=78004496240159724, Importo=52.95</u> ✓			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura				
Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
VMC - RIF. INPS.7800.19/11/2024.0494044 - VISITA A DPRP* DEL 19/11/2024 VISITA DOMICILIARE Num.34815128 2024-11-19		52,95	52,95	(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 %	52,95	0,00

Dati Trasmittente: IT80078750587 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 378
DATA DI REGISTRO: 17 DIC. 2024	

FATTURA ELETTRONICA

247896

Id SDI: 13593675220 Data SDI: 13/12/2024 17:10

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente

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)

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	1247-780000-2024-FT	2024-12-13	EUR 52,95

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=78004496240159724, Importo=52.95

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura

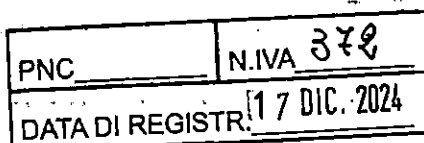
Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
VMC - RIF. INPS.7800.19/11/2024.0494044 VISITA A DPRP* DEL 19/11/2024 VISITA DOMICILIARE Num.34815128 2024-11-19		52,95	52,95	(N2.2)

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 %	52,95	0,00

Dati Trasmittente: IT80078750587 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.10.1



KYMA

MOBILITÀ

V I S T I

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto</td> </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. <u>AS-24 985</u> del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento <u>23-12-24</u></td> </tr> <tr> <td>DATA <u>18/12/24</u></td> <td>L'ADDETTO AL RISCONTRO <u>[Firma]</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione</td> </tr> <tr> <td>DATA <u>21/12/2024</u></td> <td>FIRMA <u>[Firma]</u></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. <u>AS-24 985</u> del _____		Data scadenza pagamento <u>23-12-24</u>		DATA <u>18/12/24</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO <u>[Firma]</u>	IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione		DATA <u>21/12/2024</u>	FIRMA <u>[Firma]</u>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td>DATA <u>17/12/2024</u></td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[Firma]</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione</td> </tr> <tr> <td>DATA <u>17/12/2024</u></td> <td>FIRMA <u>[Firma]</u></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali</td> </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 _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' TECNICA per supervisione</td> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> </table>	UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale		Data scadenza pagamento _____		DATA <u>17/12/2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[Firma]</u>	IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione		DATA <u>17/12/2024</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 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>AS-24 985</u> del _____																																															
Data scadenza pagamento <u>23-12-24</u>																																															
DATA <u>18/12/24</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO <u>[Firma]</u>																																														
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione																																															
DATA <u>21/12/2024</u>	FIRMA <u>[Firma]</u>																																														
UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale																																															
Data scadenza pagamento _____																																															
DATA <u>17/12/2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[Firma]</u>																																														
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione																																															
DATA <u>17/12/2024</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 _____																																														

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili</td> </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>DATA <u>17/12/2024</u></td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione</td> </tr> <tr> <td>DATA <u>19-12-2024</u></td> <td>FIRMA <u>[Firma]</u></td> </tr> </table>	UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili		data scadenza pagamento indicata in fattura _____		data scadenza di pagamento presunta _____		DATA <u>17/12/2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE _____	IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione		DATA <u>19-12-2024</u>	FIRMA <u>[Firma]</u>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione</td> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> </table>	UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori		Data scadenza pagamento _____		DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____	IL RESPONSABILE 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>17/12/2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE _____																						
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione																							
DATA <u>19-12-2024</u>	FIRMA <u>[Firma]</u>																						
UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori																							
Data scadenza pagamento _____																							
DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____																						
IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione																							
DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____																						

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA _____</td> </tr> </table>	IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici		Data scadenza pagamento _____		DATA _____	FIRMA _____	NOTE: _____ _____ _____ _____
IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici							
Data scadenza pagamento _____							
DATA _____	FIRMA _____						

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Conferimento del..... Prot.....</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.</td> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA _____</td> </tr> </table>	UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico		Conferimento del..... Prot.....		IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.		DATA _____	FIRMA _____	
UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico									
Conferimento del..... Prot.....									
IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.									
DATA _____	FIRMA _____								





Esito di Visita medica di Controllo

Protocollo: INPS.7800.19/11/2024.0494044

Dati relativi al datore di lavoro			
Codice fiscale: 00146330733			
Denominazione: KYMA MOBILITA' S.P.A.			
Dati relativi al lavoratore			
Codice fiscale: DPRPQL92T23L049P	Cognome: D'APRILE	Nome: PASQUALE	Sesso: M
Data di nascita: 23/12/1992	Comune di nascita: TARANTO	Provincia di nascita: TARAN	
Dati relativi all'esito			
Esito:			
<u>Visita Domiciliare n. : 34815128</u>			
Data Visita: 19/11/2024	Ora Visita: 18:23		
Data Invito: 20/11/2024			
Esito Visita: Assenza non giustificata.			
Indirizzo: VIA UGO FOSCOLO			
CAP: 74123	Comune: TARANTO	Provincia: TA	Dettaglio: Cognome: D'APRILE
<u>Visita Ambulatoriale n. : 34817792</u>			
Data Visita: 20/11/2024	Ora Visita: 09:54		
Esito Visita: Conferma prognosi.			
Indirizzo: VIA UGO FOSCOLO			
CAP: 74123	Comune: TARANTO	Provincia: TA	Dettaglio: Cognome: D'APRILE

