

44. A)

OGGETTO: SISTEMAZIONE AREA CORTILE INTERNO PADIGLIONE "M"

COMMITTENTE: ASL 5 Oristano
IMPRESA: OR COSTRUZIONI

CERTIFICATO DI PAGAMENTO N. 2
PER IL PAGAMENTO DELLA RATA N. 2 DI euro 17'958,32

CERTIFICATI PRECEDENTI		
n.	data	importo
1	27/10/2014	30'049,76
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
TOTALE		30'049,76
anticipazione		0.00

IL SOTTOSCRITTO,

VISTO: il Contratto in data 24/10/2014 repertorio n. 1561 registrazione IN CASO D'USO con il quale fu affidata alla predetta impresa l'esecuzione dei suindicati lavori;
 RISULTANDO dalla contabilità sino ad oggi che l'ammontare dei lavori eseguiti e delle spese fatte è quello in seguito riportato:

Lavori e somministrazioni	53'699,71
SOMMANO importi soggetti a ritenute euro	53'699,71
IMPORTI NON SOGGETTI A RITENUTE	
SOMMANO importi NON soggetti a ritenute euro	0,00
DETRAZIONI	
Ritenuta per infortuni 0,5%	268,50
Recupero anticipazione	
recupero anticipazione	5'423,13
Ammontare dei certificati precedenti euro	30'049,76
SOMMANO LE DETRAZIONI euro	35'741,39
CREDITO Impresa arrotondato a 0 euro	17'958,32
per I.V.A. al 0%	
TOTALE GENERALE euro	17'958,32

CERTIFICA

CHE ai termini dell'articolo 25 del capitolato speciale d'appalto si può pagare all'impresa la rata di euro 17'958,32 oltre IVA, se dovuta, come per legge.
 Diconsi: (euro diciassettemilanovecentocinquantaotto/32).

Data, 20/05/2015

Il Responsabile del
 Procedimento




ASSICURAZIONE OPERAI

L'Impresa ha assicurato gli operai con Polizza continuativa presso:
 - INAIL di ORISTANO Pos. 18168980
 - INPS Pos. 9502003926
 - CASSA EDILE Pos. 1686

Il Direttore dei Lavori

Al. B)

Prot. 339/2015-16

Oristano, 1 dicembre 2015

SPETT.LE
A.S.L. 5 ORISTANO
R.U.P. MARCELLO SERRA
PEC nuove.opere.ristrutturazioni@pec.asloristano.it

Oggetto: DURC – OR COSTRUZIONI S.R.L.
INTERVENTO SOSTITUTIVO

In riferimento alla Vostra comunicazione del 01/12/2015 prot. PG/2015/73289 con la presente comunichiamo che l'importo dovuto dall' Imp. OR Costruzioni S.r.l. è di € 2.149,12.

Le coordinate bancarie per poter effettuare il pagamento sono le seguenti:

IBAN IT 55 F 05676 17400 000003000040

BANCA DI SASSARI ORISTANO

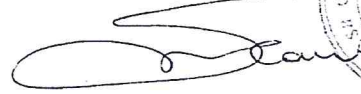
Distinti saluti.

Servizio Sanitario Nazionale Regione Sardegna
AZIENDA U.S.L. N. 5 - ORISTANO
Dipartimento Area Tecnica
Servizio Nuove Opere e Ristrutturazioni

DATA DI ARRIVO 02/12/2015

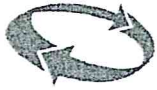
PROT. N. 73847 DEL 02/12/2015

IL DIRETTORE
(Pier Giorgio Scanu)



INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale
Sede Provinciale di Oristano
U.O. Accertamento Gestione del Credito e Verifica Amministrativa



Oristano 09/12/2015

Spett. AZIENDA SANITARIA
LOCALE N. 5
ORISTANO

Oggetto: Art. 4, comma 2, D.P.R. n. 207/2010. Intervento sostitutivo della stazione appaltante. Dati per il pagamento.

Spett.le Azienda Sanitaria Locale n. 5 Oristano
Come da Voi richiesto (comunicazione Pec del 01/12/2015 N 74112) vi informiamo che il **versamento** dell'importo relativo alle inadempienze Inps deve avvenire tramite **modello F24**, compilato secondo le istruzioni allegate.

Vi informiamo altresì, che l'importo segnalato nel Durc dell'inadempienza contributiva della **ditta indicata di seguito**:

è rimasto invariato risulta pari a euro **54.248,77**

Denominazione/Ragione sociale **OR COSTRUZIONISRL**
Codice fiscale della ditta irregolare⁽²⁾ **01105620957**
Matricola/Codice azienda⁽³⁾ **9502003926**
Protocollo INAIL **1465045**
Emesso il
03/11/2015

Il pagamento deve essere effettuato **entro 30 giorni** avendo cura di inviare a questa Sede una copia della ricevuta di versamento (via PEC all'indirizzo direzione.provinciale.oristano@postacert.inps.gov.it).

Si forniscono i dati del funzionario competente:

Nome e Cognome: Maria CONI
Tel: 0783 790 288
Fax: 0783 790 290

Cordiali saluti

<p>Servizio Sanitario Nazionale Regione Sardegna AZIENDA U.S.L. N. 5 - ORISTANO Dipartimento Area Tecnica Servizio Nuove Opere e Ristrutturazioni</p> <p>DATA DI ARRIVO <u>09/12/2015</u></p> <p>PROT. N. <u>75470</u> DEL <u>10/12/2015</u></p>
--

Il direttore

Alessia Bernardini

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.lgs. n.39 del 1993

Modalità di compilazione del modello F24

Codice sede	Causale contributo	Matricola Inps /codice Inps /filiale azienda	Periodo di riferimento da mm/aaa a	Periodo di riferimento a mm/aaa a	Importo a debito versato
9500	RC01	9502003926	12/2014	08/2015	1.543,30
9500	COS	01105620957	12/2014	12/2014	149,60
9500	COS	01105620957	01/2015	01/2015	160,02
9500	COS	01105620957	02/2015	02/2015	159,37
9500	COS	01105620957	03/2015	03/2015	158,64
9500	COS	01105620957	04/2015	04/2015	176,83
9500	COS	01105620957	05/2015	05/2015	173,17
9500	COS	01105620957	06/2015	06/2015	156,52
9500	COS	01105620957	07/2015	07/2015	155,70

Debiti iscritti a ruolo per un totale di € 51.415,62.

Azienda OR COSTRUZIONI SRL

matricola 9502003926 codice fiscale 01105620957

Versamenti da imputare alle seguenti cartelle

075-2010-00098439-27 € 90,00;

375-2015-00000278-73 € 43.483,48,;

375-2015-00005788-03 € 3.163,83;

375-2015-00005816-31 € 268,91;

375-2015-00005817-32 € 4.409,40.

Somma da versare all'Agente della riscossione Equitalia Centro S.P.A di Oristano (indicando il codice fiscale, i dati anagrafici, numero di cartella e relativo importo) mediante compilazione del Mod F35 o BONIFICO BANCARIO:

Iban IT15B010151720000000045081 BANCO DI SARDEGNA SPA.

BU. D.

DIREZIONE TERRITORIALE
Nuoro – Oristano – Ogliastra
Sede locale Oristano
Area Azienda

Servizio Sanitario Nazionale Regione Sardegna	
AZIENDA U.S.L. N. 5 - ORISTANO	
Dipartimento Area Tecnica	
Servizio Nuove Opere e Ristrutturazioni	
DATA DI ARRIVO	1/12/2015
PROT. N.	15493
DI	1/12/2015

Spett. ASL N. 5

PEC : nuove.opere.ristrutturazioni@pec.asloristano.it

Oristano 1/12/2015

OGGETTO: Art. 4 comma 2, D.P.R. n. 207/2010.
Intervento Sostitutivo della Stazione appaltante. Dati per il pagamento

DURC 1465045 - DEL 03/11/2015
C. FISCALE DITTA 01105620957 C/DITTA 18168980

Come richiesto si trasmette di seguito il dettaglio delle irregolarità Inail relative alla ditta ed al DURC indicato in oggetto.

Si comunica che alla data odierna l'importo dell'inadempienza contributiva della ditta in oggetto risulta pari a euro 9.102,08

Il versamento all'Inail deve avvenire utilizzando il modello di pagamento unificato F24 o, per gli enti e amministrazioni dello stato che rientrano nel sistema di tesoreria unica, tramite F24 EP:

Modalità di compilazione Modello F24:

Sezione "CONTRIBUENTE"

Campo "CODICE FISCALE", indicare il codice fiscale della ditta:.....

Campo "CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare", indicare il codice fiscale della stazione appaltante:.....

Campo "CODICE IDENTIFICATIVO", indicare il codice: "51(Intervento sostitutivo – art.4 del D.P.R. n. 207/2010)

Sezione "INAIL"

Campo "CODICE SEDE", indicare il codice della Sede INAIL:.....

Campo "CODICE DITTA", indicare il codice ditta:.....

Campo "C.C.", indicare il codice di controllo:.....

Campo "NUMERO DI RIFERIMENTO", indicare il numero di riferimento compilando un rigo per ciascun numero di riferimento:.....

Campo "CAUSALE", indicare: P

Campo "NUMERO DI RIFERIMENTO" e campo "IMPORTI A DEBITO VERSATI", indicare i seguenti dati, compilando un rigo per ciascun numero di riferimento come da fac-simile sotto indicato:

Codice sede	Codice ditta	c.c	Numero di riferimento	Importo a debito da versare
-------------	--------------	-----	-----------------------	-----------------------------

FAC-SIMILE DI MOD.F24 - SEZIONE INAIL

Modalità di compilazione Modello F24 EP:

Sezione “CONTRIBUENTE”

Campo “CODICE FISCALE”, indicare il codice fiscale della stazione appaltante.....

Campo “VERSAMENTO EFFETTUATO IN QUALITA’ DI”, indicare il codice: “51”

(Intervento sostitutivo – art. 4 del D.P.R. n. 207/2010)

Campo “PER CONTO DI”, indicare il codice fiscale della ditta:.....

Sezione “DETTAGLIO VERSAMENTO”

Campo “SEZIONE”, indicare: N

Campo “CODICE TRIBUTO/CAUSALE”, indicare il numero di riferimento compilando un rigo per ciascun riferimento:.....

Campo “CODICE”, indicare il codice della Sede INAIL:.....

Campo “ESTREMI IDENTIFICATIVI”, indicare il codice ditta:.....

Campo “RIFERIMENTO A”, indicare: P

Campo “RIFERIMENTO B”: non deve essere compilato

Campo “IMPORTI A DEBITO VERSATI”, indicare gli importi da versare all’Istituto corrispondenti ai numeri di riferimento:.....

FAC-SIMILE F24 EP

Sezione	Codice tributo/ causale	Codice	Estremi identificativi	Riferimento A	Riferimento B	Importi a debito versati
N	110029	42400	18168980	P	=====	€ 273,30
N	902013	42400	18168980	P	=====	€ 7.148,98
N	902014	42400	18168980	P	=====	€ 43,14
N	902015	42400	18168980	P	=====	€ 1.296,50

Si ricorda che il pagamento deve essere effettuato con la massima tempestività, avendo cura di inviare alla scrivente Sede copia delle ricevute di versamento via e-mail all’indirizzo oristano@inail.it o via PEC all’indirizzo oristano@postacert.inail.it.

IL RESPONSABILE DEL PROCESSO AZIENDE
(D.ssa T. Carta)

Per eventuali comunicazioni, si forniscono i dati del funzionario competente:
Sig.ra Carta Tiziana tel. 0783 367239