

ACB



COMUNE DI BELLIZZI  
PROVINCIA DI SALERNO

Via Daniele Manin, 23 – 84092 Bellizzi (SA)

Area Polizia MUNICIPALE

C.D.R.1009

*Proposta n. 134 del 11.02.2020*  
*N. 161 /Reg. Ufficio*  
**DETERMINAZIONE del Capoarea**  
*N. 113 /Reg. Generale del 11-02-2020*

**CIG Z012A697B9**

**OGGETTO: liquidazione spesa per lavori di ampliamento dell'impianto di videosorveglianza urbana – anno 2019 – mediante acquisto sul mepa**

L'anno Duemilaventi il giorno 11 del mese di febbraio nel proprio Ufficio

**IL RESPONSABILE**

**PREMESSO:**

- Che con determina del Capo Area n. 911 del 11.11.2019 veniva impegnata la somma per quanto in oggetto indicato;
- Che a fronte della prestazione richiesta, regolarmente svolta, è stata presentata la fattura elettronica n.:

186 del 30.01.2020 pari ad euro 31.659,00 i.c.;

**DATO ATTO** ai sensi dell'art 184 del D.lgs 267/2000, della regolarità della fornitura o della prestazione e della rispondenza della stessa ai requisiti quantitativi e qualitativi, ai termini ed alle condizioni pattuite.

- CHE ai sensi art. 147 bis TUEL n. 267/2000, modificato dal D.L. n. 174/2012, è espresso parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica attestante la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa.
- CHE il C.I.G. afferente il presente affidamento in proroga ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi della legge 217 del 17/12/2010 è Z012A697B9;
- CHE il DURC con prot. INAIL n. 19167008 risulta regolare;

Visto il Decreto di nomina a responsabile di area n. 01 del 31.01.2020.

**DETERMINA**



1. **DI DARE ATTO** della regolare esecuzione delle prestazioni indicate nelle fatture, emessa per il pagamento:

186 del 30.01.2020 pari ad euro 31.659,00 i.c.;

CREDITORE: GAM srl CON SEDE IN NAPOLI ALLA VIA S. PASQUALE  
A CHIAIA N. 48 – p. iva 05955181218

2. **DI LIQUIDARE** la somma di indicata nel punto 1 sui seguenti dati di bilancio:

CAPITOLO	INTERVENTO	N. IMPEGNO	DEL	CIG E CUP
0301103	540/0	3446	11.11.2019	Cig Z012A697B9

3. **DI ACCREDITARE** le somme sul codice Iban indicato in fattura



**Il Responsabile di area**  
**Dr.ssa Annalisa Consoli**

LIQUIDAZIONE N.	DEL
MANDATO N.	DEL