

**Agence de Prévoyance Sociale
de YOPOUGON**
Tel: 27 23 53 76 90



Abidjan, le 01 Juillet 2025

N°: 06/1062/1/APSY/2025

Je soussigné (e) Madame **KADIO NEE N'DA SIALLA CECILE**, Directeur de l'Agence de Prévoyance Sociale de YOPOUGON atteste que :

Mademoiselle: **BOCOUM GOGOUROU**

Né(e) le: **18/04/1990**

Adresse: **04 BP 2504 ABIDJAN 04**

Téléphone: **2250702929251**

E-mail: **gogouroub@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI002304130**

Date de validité de la pièce: **21/09/2031**

Employé(e) chez: **HSMG (HOLDING SANGARE MOHAMED GROUP)**

Matricule employeur: **271495**

Depuis le: **08/06/2020**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **290062068317**.

En foi de quoi, il lui est délivrée la présente Attestation pour servir et valoir ce que de droit.

LE DIRECTEUR D'AGENCE

KADIO NEE N'DA SIALLA CECILE