

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



Abidjan, le 14 Juillet 2025

N°: 06/1821/1/APSY/2025

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

Mademoiselle: **SALAUDEN SOPHIA ADESOLA**

Né(e) le: **20/09/1996**

Adresse: **01 BP 11880 ABIDJAN 01**

Téléphone: **2250759790674**

E-mail: **sophiasalaudeen4@gmail.com**

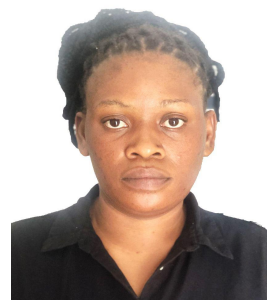
N°pièce d'identité: **24X02390**

Date de validité de la pièce: **02/04/2030**

Employé(e) chez: **JEBEILIAND COMPAGNY**

Matricule employeur: **284735**

Depuis le: **06/01/2020**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **296012068574**.

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