

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

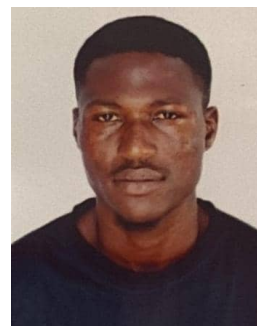


Abidjan, le 11 Août 2025

N°: 06/875/1/APSY/2025

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

Monsieur: **KONE KOUDOUS**
Né(e) le: **28/11/1989**
Adresse: **23 BP 945 ABIDJAN 23**
Téléphone: **2250141632783**
N°pièce d'identité: **20AF46513**
Date de validité de la pièce: **13/02/2027**
Employé(e) chez: **EGERB**
Matricule employeur: **17482**
Depuis le: **12/10/2022**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **202241859040**.

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