

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



Abidjan, le 13 Août 2025

**N°: 06/3159/1/APSY/2025**

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

Mademoiselle: **KONE YELLI MADIRA**

Né(e) le: **26/05/2001**

Adresse: **01 BP 1632 ABIDJAN 01**

Téléphone: **2250505007846**

Email: **yellikone5@gmail.com**

N°passeport: **23AR45162**

Date de validité de la pièce: **18/06/2029**

Employé(e) chez: **DIGICORP**

Matricule employeur: **340318**

Depuis le: **01/02/2024**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **201022479368**.

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**