



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

Abidjan, le 25 Août 2025

N°: 06/2143/1/APSY/2025

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

Mademoiselle: **SOMOLY AHOU AICHA ANNE SYLVIE**

Né(e) le: **05/11/1998**

Adresse: **23 BP 798 ABIDJAN 23**

Téléphone: **2250700152566**

Email: **annesomoly01@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI006569655**

Date de validité de la pièce: **25/02/2034**

Employé(e) chez: **PHARMACIE NIKIBEL**

Matricule employeur: **276327**

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



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **298022475813**.

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