

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



Abidjan, le 02 Septembre 2025

N°: 06/1827/1/APSY/2025

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

Monsieur: **KABA IBRAHIM**

Né(e) le: **22/04/1999**

Adresse: **01 BP 1632 ABIDJAN 01**

Téléphone: **2250574250101**

Email: **kaba006964@gmail.com**

N°pièce d'identité: **22AK27676**

Date de validité de la pièce: **26/03/2028**

Employé(e) chez: **SYNERCOM**

Matricule employeur: **492947**

Depuis le: **10/04/2020**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **189042059726**.

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