

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



Abidjan, le 11 Septembre 2025

N°: 06/2917/1/APSY/2025

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

Madame: **KABA SARAN**

Né(e) le: **28/09/1997**

Adresse: **04 BP 1664 ABIDJAN 04**

Téléphone: **2250140091334**

Email: **Sarankabba28@gmail.com**

N°pièce d'identité: **O05188205**

Date de validité de la pièce: **28/03/2034**

Employé(e) chez: **COQIVOIRE**

Matricule employeur: **364259**

Depuis le: **01/04/2021**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **202104976103**.

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**