

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



Abidjan, le 10 Octobre 2025

N°: 06/2677/1/APSY/2025

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

Madame: **KOFFI LOU AYA OLIVE-ORPHEE**

Né(e) le: **12/09/1994**

Adresse: **08 BP 1034 ABIDJAN 08**

Téléphone: **2250101138135**

Email: **olivekoffi94@outlook.fr**

N°pièce d'identité: **CI007305356**

Date de validité de la pièce: **09/12/2034**

Employé(e) chez: **PHARMACIE SAINT MARTIN**

Matricule employeur: **349261**

Depuis le: **22/08/2022**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **296052479635**.

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