

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



Abidjan, le 10 Octobre 2025

N°: 06/2902/1/APSY/2025

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

Monsieur: **ABI KADJO KOUA BENJAMIN**

Né(e) le: **27/03/1987**

Adresse: **08 BP 4190 ABIDJAN 08**

Téléphone: **2250779185586**

Email: **benjaminkkabi@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI002709071**

Date de validité de la pièce: **21/12/2031**

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

Matricule employeur: **406352**

Depuis le: **04/01/2023**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **187012349726**.

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