

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



Abidjan, le 20 Octobre 2025

N°: 06/2138/1/APSY/2025

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

Madame: **YAO ADJOUA CYNTHIA**

Né(e) le: **20/03/1990**

Adresse: **06 BP 2561 ABIDJAN 06**

Téléphone: **2250777605273**

Email: **adjouacynthia72@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI005536040**

Date de validité de la pièce: **11/03/2033**

Employé(e) chez: **PACTS CI**

Matricule employeur: **180880**

Depuis le: **01/09/2020**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **290092079635**.

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