

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



Abidjan, le 15 Décembre 2025

N°: 06/3502/1/APSY/2025

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

Monsieur: **ACKA AMON MAXIME**

Né(e) le: **01/04/1987**

Adresse: **48 BP 118 DIVO**

Téléphone: **2250710082994**

Email: **amonmaximeacka@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI000698684**

Date de validité de la pièce: **16/11/2030**

Employé(e) chez: **SOCIETE COOPERATIVE AGRICOLE EWOUNBO DE DIVO**

Matricule employeur: **386471**

Depuis le: **21/03/2022**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **187032264725**.

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