

Agence de Prévoyance Sociale
de TREICHVILLE
Tel: 27 21 75 48 00



Abidjan, le 31 Mai 2024

N°: 02/4117/1/APST/2024

Je soussigné (e) Monsieur **KOUAKOU KOUAME PHILIPPE**, Adjoint au Directeur de l'Agence de Prévoyance Sociale de TREICHVILLE atteste que :

Monsieur: **BOUTHOU BI TIBE ARISTIDE**

Né(e) le: **29/09/1992**

Adresse: **05 BP 2456 ABIDJAN 05**

Téléphone: **2250767509006**

Email: **aristideboutho@gmail.com**

N°passeport: **23AK87956**

Date de validité de la pièce: **15/06/2028**

Employé(e) chez: **ALLIANCE**

Matricule employeur: **234 188**

Depuis le: **06/02/2017**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **183091981584**.

En foi de quoi, il lui est délivrée la présente Attestation pour servir et valoir ce que de droit.

L'ADJOINT AU DIRECTEUR

KOUAKOU KOUAME PHILIPPE