

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



Abidjan, le 09 Février 2024

N°: 02/0119/1/APST/2024

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

Mademoiselle: **SOULANZI N'GOAN ANYIMELA ESTHER**

Né(e) le: **15 /03/2000**

Adresse: **01 BP 7171 ABIDJAN 01**

Email: **esthersoulanzi@gmail.com**

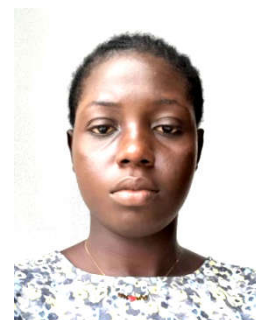
N°Passeport : **19AA98391**

Date de validité de la pièce: **17 /02/2025**

Employé(e) chez: **WEBHELP**

Matricule employeur: **309 283**

Depuis le: **01/02/2023**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **202300050277**.

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