

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



Abidjan, le 22 Mars 2024

N°: 02/5371/1/APST/2024

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

Mademoiselle: **SORO SOHOULO MARIE-STEPHANIE**

Né(e) le: **05/10/1998**

Adresse: **05 BP 4421 ABIDJAN 05**

Téléphone: **2252721759350**

Email: **kabalane@africaonline.co.ci**

N°pièce d'identité: **CI004184232**

Date de validité de la pièce: **19/05/2032**

Employé(e) chez: **KABALANE & CIE SA**

Matricule employeur: **134 501**

Depuis le: **24/05/2024**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **285348037426**.

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