

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



Abidjan, le 15 Février 2024

N°: 02/2631/1/APST/2024

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

Madame: **AKA MARIE PAULE**

Né(e) le: **20/01/1994**

Adresse: **05 BP 2456 ABIDJAN 05**

Téléphone: **2250757556175**

Email: **mariepauleaka37@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI001056611**

Date de validité de la pièce: **17/12/2030**

Employé(e) chez: **ALLIANCE**

Matricule employeur: **234 188**

Depuis le: **01/12/2019**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **294012006528**.

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**