

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y MEMBRESIA
Asociación Colombiana de Arte Terapia



Información Personal

Fecha			
Nombres y Apellidos			
Documento de Identidad		Lugar de Nacimiento	
Dirección de Correspondencia			
Ciudad		Teléfono	
E-mail		Celular	

Puede ser miembro de la Asociación Colombiana de Arte Terapia toda persona natural, mayor de edad, en pleno ejercicio de sus derechos civiles, mientras acepte voluntaria y expresamente lo establecido en los estatutos de Ar.Te.

La **afiliación** corresponde a un pago único que se realiza la primera vez que se es miembro activo de Ar.Te



Soy miembro antiguo. Última membresía _____.



Soy miembro nuevo **Valor de la afiliación \$35.000**

Categorías de Miembros

(Marque con una X donde corresponda)

Profesional Acreditado

Personas con título profesional universitario, que hayan realizado estudios de **postgrado** en Arte Terapia: con al menos 32 créditos específicos de Arte Terapia y 900 horas de práctica supervisada.

Valor de la membresía anual: \$ 100.000.

Profesional

Personas con título profesional universitario, que hayan realizado estudios de **postgrado** en Arte Terapia con al menos 32 créditos específicos de Arte Terapia y 200 horas de práctica supervisadas.

Valor de la membresía anual: \$ 100.000.

Allegado

Personas con título profesional universitario que hayan realizado estudios de pregrado o posgrado en campos afines al Arte Terapia y estén interesadas en el Arte Terapia y su desarrollo en Colombia.

Valor de la membresía anual: \$ 88.000

Amigo

Personas o instituciones que estén interesadas en aportar al desarrollo del Arte Terapia en Colombia y apoyar los objetivos de Ar.Te.

Valor de la membresía anual: \$ 88.000

Estudiante

Personas que se encuentren en proceso de formación académica a nivel de pregrado en psicología, bellas artes o profesiones afines, que presenten el certificado que lo compruebe; así como estudiantes de programas de formación en Arte Terapia reconocidos por la Ar.Te.

Valor de la membresía anual: \$ 77.000

NOTA: Por favor adjuntar los documentos solicitados, junto con el formulario diligenciado y enviar a

arte.terapia.colombia@gmail.com.

Su pago puede hacerlo por consignación a Cuenta de Ahorros Bancolombia # 193-514240-80 a nombre de la Asociación Colombiana de Arte Terapia.

Información Académica

Estudios Finalizados		
Título Recibido	Institución	Fechas
Estudios en Curso		
Título	Institución	Fechas

Vinculación en Ar.Te

Áreas de interés en Arte Terapia			
¿Está interesado en ser voluntario?			
¿De cuánto tiempo dispone?			
¿Está interesado en ser parte del Programa de Formación? Especificar si como docente o estudiante			
¿En cuál comité le gustaría participar?	<input type="checkbox"/> Administrativo	<input type="checkbox"/> Eventos	<input type="checkbox"/> Publicaciones
			<input type="checkbox"/> Otros. Especifique _____

Práctica Privada

¿Realiza práctica privada?	Idiomas	
Dirección	Teléfono	
Áreas de especialidad/ interés		

INFORMACIÓN ADICIONAL - SOLO PARA MIEMBROS ALLEGADOS O PROFESIONALES

Adjunte hoja de vida y copias de sus diplomas.		
¿Está interesado en realizar una charla o taller? Elaborar.		
Áreas de especialización en el Arte Terapia o campos afines		
Institución donde realizó las horas de práctica <small>*Por favor adjunte certificado</small>	Nombre y Título del supervisor	Horas acumuladas
¿Ha convalidado su título en Colombia?		
¿Es usted miembro de otras asociaciones de Arte Terapia o afines? Si sí, ¿cuáles?		

Firma: _____ Fecha: _____